

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Deprese u seniorů z pohledu sociální práce**

**Senior depression from the perspective of the social  
work**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PaedDr. Hana Žáčková

Autor:

Josefina Hudcová

Praha 2017

## **Poděkování**

Děkuji paní PaedDr. Haně Žáčkové za vedení mé bakalářské práce, za její ochotu i přínosné rady, které mi v rámci konzultací poskytla. Děkuji též mé rodině a přátelům za podporu a zajištění vhodného prostředí pro sepsání této práce.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Deprese u seniorů z pohledu sociální práce“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 4.5.2017

Josefína Hudcová

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá depresivním onemocněním u seniorských klientů z pohledu sociální práce. Věnuje se tématům deprese, stáří a stárnutí a přístupu sociálních pracovníků ke klientům seniorského věku, kteří trpí depresí. Také se zabývá komunikací, která je vhodná při práci sociálního pracovníka s depresivním klientem seniorského věku. Další část bakalářské práce je zaměřena na kvalitativní výzkum, vypracovaný pomocí polostrukturovaných řízených rozhovorů se sociálními pracovníky/pracovnicemi, kteří pracují se seniory, na témata práce s klienty s depresí. V této bakalářské práci jde o objasnění pojmů i nahlédnutí do této závažné problematiky.

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with depression of senior clients in terms of social work. It deals with depression, aging and aging issues and social workers' approach to senior clients suffering from depression. It also deals with communication that is appropriate for the work of a social worker with a depressed client of senior age. The other part of the bachelor's thesis is focused on the qualitative research elaborated by semi-structured controlled interviews with social workers who work with seniors, on topics dealing with clients with depression. This bachelor thesis is about clarifying important concepts and insights into this serious issue.

## **Klíčová slova**

Deprese, senioři, sociální práce, stárnutí, klienti, komunikace, přístup sociálních pracovníků

## **Keywords**

Depression, seniors, social work, aging, clients, communication, approach of social workers

## OBSAH

<b>OBSAH .....</b>	<b>5</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>1. DEPRESE .....</b>	<b>8</b>
1.1. PŘÍČINY .....	10
1.1.1. Průběh onemocnění – formy průběhu deprese .....	11
1.2. FENOMÉN DEPRESE U SENIORŮ .....	12
1.3. DEPRESIVNÍ SYMPTOMY .....	14
1.4. SUICIDALITA.....	15
1.5. POTÍŽE V SOCIÁLNÍM FUNGOVÁNÍ .....	16
1.6. RIZIKOVÉ FAKTORY PRO ROZVOJ DEPRESIVNÍHO ONEMOCNĚNÍ U SENIORŮ.....	17
<b>2. STÁRNUTÍ.....</b>	<b>19</b>
2.1. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ .....	20
2.2. PROJEVY STÁRNUTÍ.....	23
2.3. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST VE STÁŘÍ.....	25
2.4. AGEISMUS A MÝTY O STÁŘÍ .....	27
<b>3. SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY S DEPRESÍ .....</b>	<b>30</b>
3.1. PŘÍSTUP SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	33
3.2. KOMUNIKACE S KLIENTEM TRPÍCÍM DEPRESÍ .....	37
3.3. PROŽÍVÁNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	43
<b>4. PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>47</b>
4.1. METODIKA PRŮZKUMU .....	47
4.2. POPIS A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	49
4.3. CÍL KVALITATIVNÍHO PRŮZKUMU .....	50
4.4. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....	50
4.4.1 Zkušenosti s depresivním onemocněním u klientů .....	51
4.4.2 Postupy a metody práce s klienty s depresí .....	51
4.4.3 Vzdělání sociálních pracovníků v tématice deprese u seniorů .....	52
4.4.4. Rizika deprese u seniorů z pohledu sociálních pracovníků.....	53
4.4.5. Prevence deprese u seniorů z pohledu sociálních pracovníků.....	54
4.4.6. Psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory.....	55
4.5. DISKUZE.....	57
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>60</b>
<b>PRAMENY:.....</b>	<b>60</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>62</b>
ŘÍZENÉ ROZHOVORY .....	62
<b>SUMMARY .....</b>	<b>71</b>

## Úvod

Deprese je časté a závažné onemocnění, tím spíše, pokud se týká seniorů. Osobně jsem se se seniory s depresí mnohdy setkala a považuji to za stále aktuálnější téma, které by nemělo být zlehčováno.

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou depresivního onemocnění, nahlíží na jeho příčiny, symptomy, na potíže v sociálním fungování, které z něho pramení i na výraznou problematiku suicidalitu a především na fenomén deprese u seniorů. Zároveň se věnuje tématu stáří a stárnutí, vymezení pojmů, předkládá základní příznaky stárnutí, věnuje se i tématu životní spokojenosti ve stáří a v neposlední řadě zmiňuje i závažnost ageismu a mýtů o stáří ve společnosti. Na depresi pohlíží z pohledu sociálních pracovníků, kteří s klienty seniorského věku trpícími depresí pracují.

Hlavním cílem této bakalářské práce je poukázání na problematiku deprese u seniorských klientů.

Jsou zde popsány rizikové faktory, které přispívají k rozvoji tohoto onemocnění a práce se zabývá i pohledem na práci sociálních pracovníků a pracovníků s klienty seniorského věku, kteří tímto onemocněním trpí, vymezení vhodné a nevhodné komunikace pracovníků s těmito klienty, ale i na samotné prožívání sociálních pracovníků, kteří jsou ve své práci mnohdy vystaveni nelehkým situacím. Zároveň je součástí bakalářské práce průzkum, který je vypracovaný pomocí kvalitativní metody a řízených polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky/ pracovníci, kteří pracují se seniory. Toto průzkumné šetření zajišťuje data, informace a subjektivní pohledy na problematiku deprese u seniorů a profesionální přístup k těmto klientům. Jsou zde interpretovány získané informace, zda se respondenti setkávají s klienty s depresí a zda znají postupy pro práci s klienty s depresí, do jaké míry jsou vzděláni v této problematice a jaká vidí rizika depresivního onemocnění u seniorů.

# 1. Deprese

Jedná se o emocionální stav a současně závažné psychiatrické onemocnění, které lze charakterizovat skleslostí, sklíčeností a u seniorů především apatií, nedá se však říci, že by každá sklíčenost automaticky znamenala depresivní onemocnění.<sup>1</sup>

Deprese je nejčastěji se vyskytující duševní porucha, zároveň se však jedná o velice často zneužívanou diagnostickou kategorii. Prožívání člověka s depresí není spojeno pouze se smutkem, ale například i s pocitovou tenzí, bolestivým sevřením, které může člověka znehybnovat. V některých případech je deprese doprovázena značně silnou únavou, která může způsobovat i několikadenní nemožnost vstát z postele, tím pádem znemožňuje vykonávání i základních hygienických návyků. Stává se, že primárně depresivní symptomatiku maskují tělesné potíže, v takovém případě se jedná o tzv. larvovanou depresi, diagnostika může být v některých případech složitější, protože deprese je za symptomy v oblasti těla „zakuklena“. Co se týče depresivního prožívání, to nalézáme u mnoha dalších psychických poruch, depresivní příznaky doprovází značnou většinu duševních onemocnění, stejně tak i onemocnění tělesná, organické změny mozku nebo reaktivní stavy. Častou problematikou deprese u seniorů bývá její záměna za demenci – pseudodemenci, tedy o případ, že kognitivní potíže etiologie deprese jsou nesprávně pokládány za projev organického psychosyndromu. V častých případech dochází k zjištění příčin poruch až poté, co dojde k nasazení antidepressiv.<sup>2</sup>

Mnohdy se stává, že senior může cítit smutek a sklíčenost, který ale nemusí vždy znamenat, že jsou přítomny depresivní stavy. Důvodem smutku u seniorů bývá mnohdy kupříkladu osamělost, způsobená omezením sociálních kontaktů. Ta může vzniknout v důsledku osobní ztráty nebo i ze ztráty smyslu a naplnění všedních dnů například kvůli chybějící aktivitě či nedostatku sociálních kontaktů. Je tedy důležité, aby si blízké osoby všimaly nálad seniora a rovněž z preventivních důvodů myslely na riziko depresivního onemocnění, zároveň aby braly v potaz vhodnou motivaci, která by mohla jejímu vzniku účinně zabránit.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8. Str.66

<sup>2</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 76

<sup>3</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8. Str.67



Jak tedy bylo zmíněno, častým problémem je ona lehká zaměnitelnost mírnějších forem deprese za běžné stavy lenosti, nervozity nebo smutku. Pocity osamělosti, prázdnoty, uvědomovaná agrese a zlost, tedy depresivní syndromy se často objevují v rámci osobnostních poruch – dynamika těchto poruch (např. hraniční porucha osobnosti nebo narcistní porucha) je však odlišná.<sup>4</sup>

Jedná se o vážné psychické onemocnění, které má jako hlavní projev patickou náladu, jako vedoucí příznak je označován smutek, může být spojován i s úzkostí, příznakem však může být i anhedonie, apatie a abulie. Mezi další časté symptomy můžeme zařadit například změnu psychomotorického tempa, většinou se jedná o zpomalení tedy bradypsychismus. Zpomalení může být výrazné a může připomínat stupor, jež spojený s negativismem, který v takovém případě nazýváme pseudostupor. Dalším symptomem je i porucha subjektivního hodnocení, působící na vlastní schopnosti i na tendenci k sebepodceňování. Často také můžeme sledovat poruchy spánku, chuti k jídlu, tu lze pozorovat téměř u všech forem depresí, většinou jako nechutenství, převážně u mírnějších forem jako přejídání, také poruchy soustředění i motivace a suicidalitu. Vyšší věk klienta spojený s osamělým životem lze už samotný považovat za rizikový faktor pro suicidální jednání.<sup>5</sup>

Deprese sama o sobě není součástí stáří a nelze ji považovat za samozřejmost. Vzhledem k tomu, že dochází k narušení běžných funkcí těla, dochází také v častých případech ke zhoršení různých tělesných onemocnění. Je důležité si uvědomit, že krom toho, že deprese značnou mírou zatěžuje nemocného seniora, zatěžuje také jejich rodinné příslušníky, blízké osoby i pečovatele. Dochází tedy k celkovému úpadku kvality života. Pokud člověk trpí depresí, navštěvuje mnohem častěji lékaře, kvůli zvýšené potřebě zdravotní péče. Je ale dobré pomýšlet i na to, že se jedná o onemocnění, které je léčitelné. Aby léčba mohla probíhat kvalitně a dobře, je důležité včasné odhalení depresivních příznaků. Těchto příznaků, změn v chování či prožívání si mohou všimnout všichni, kteří jsou s klientem v denním kontaktu, tedy rodina i pracovníci. Zhoršení psychického stavu člověka lze v některých situacích předpovídat a to kupříkladu při událostech vysoce traumatizujících, jako je vážné onemocnění, zhoršení zdravotního stavu nebo ztráta blízké osoby. Při diagnostice deprese u seniorů

---

<sup>4</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 76

<sup>5</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 554

mnohdy dochází k bagatelizaci, což je závažný problém. Sám klient leckdy nemusí svým příznakům přikládat přílišný význam. Veliké množství depresí u seniorů vzniká na organickém podkladu, tedy v rámci organických afektivních poruch. Je podstatné opírat diagnostiku deprese u seniorů na důkladném sledování stavu klienta.<sup>6</sup>

## 1.1. Příčiny

V některých případech můžeme spatřit jasnou příčinu depresivního onemocnění, to například tehdy, pokud dojde u klienta neúspěchu v zaměstnání, nadměrnému stresu či živelné katastrofě. Pokud se zaměříme na seniorského klienta, mohou být viditelné příčiny například spojené s onemocněním, úmrtím blízké osoby, problémy v rodinné sféře atd. – takto viditelné příčiny označujeme jako reaktivní depresi. U mnohých depresivních poruch však není důvod a vyvolávající moment vůbec znám nebo nemusí odpovídat hloubce depresivního stavu. Podle moderní psychiatrie se v takovém případě jedná o model, ve kterém jsou příčiny jak sociální, rané psychologické, tak v neposlední řadě i faktory biologické. Mluvíme tedy o příčině multifaktoriální. Existuje velká řada teorií deprese, jež zdůrazňuje nejružnější aspekty pro její vznik.<sup>7</sup>

Depresivní onemocnění je mnohdy přítomno v počátcích demence, přičemž obraz deprese změní příznaky demence. V první řadě dochází k znesnadnění a k celkovému snížení schopnosti popisovat depresivní prožitky. Časté u deprese u seniorů je také to, že jejich nemoc nesplňuje všechna kritéria. Depresivní symptomy mohou být méně viditelné a není výjimečné, že jsou zaměněny za zcela obyčejné známky stáří, kupříkladu snížení přijímání potravy. Další charakteristikou může být ztráta zájmů o každodenní či běžné záležitosti, snížení energie, postupný úbytek nebo úplné vymizení pozitivních emocí a radostí. Právě u lidí vyššího věku lze pozorovat celkové zhoršení různých tělesných obtíží. Deprese může člověka postihnout opakovaně, pokud již depresivní epizodu prodělal, také v rámci bipolární poruchy,

---

<sup>6</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 18

<sup>7</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 77

v případě, že již prožil manickou fázi, ale samozřejmě se může jednat i o první depresivní onemocnění v životě. V takové situaci může být její rozpoznání o něco obtížnější.<sup>8</sup>

### 1.1.1. Průběh onemocnění – formy průběhu deprese

Průběh depresivního onemocnění může být různý a velice individuální. Někdo zažije za celý život pouze jednu depresivní epizodu, zatímco jiný může prožívat epizody deprese opakovaně (například u tzv. periodické rekurentní deprese, ve které můžeme vidět depresivní epizody, které se opakují a mají různou hloubku). Depresivní epizody mohou být oddělené i roky naprosto normálního fungování, někteří lidé trpící depresí mohou zažít hned několik epizod za sebou. V mnohých případech dochází ke zvyšování frekvencí epizod deprese společně s narůstáním věku u klienta.<sup>9</sup>

Jak již bylo zmíněno, pro epizodu deprese je typická depresivní nálada, spojená se ztrátou zájmů i o příjemné aktivity, neschopnost se potěšit, snížení energie i následné výkonnosti, ztráta sebeúcty a mnohdy i ztráta sebedůvěry, plačtivost, autoakuzace, tedy vlastní výčitky, ztráta soustředění, myšlenky na smrt a sebevraždu. Suicidalita je u lidí seniorského věku až dvakrát vyšší než u lidí obecné populace trpící depresivním onemocněním a je tedy závažným problémem. Též mohou nastat problémy se spánkovým režimem a brzké probouzení. Typické jsou i ranní pesimální nálady, mění se i chuť k jídlu, většinou dochází k jejímu celkovému snížení. Přibližně deset procent osob trpící depresí však pociťuje chuť zvýšenou, také dochází k výrazným změnám v rámci tělesné hmotnosti. To, jak náročná a tíživá bude depresivní epizoda, je dáno například počtem klinických příznaků, které jsou u osoby s depresí přítomny. Existují také různé formy průběhu deprese. První z forem je unipolární průběh, který se vyskytuje jen pomocí depresivních epizod. Další z forem je průběh bipolární. Jedná se o depresivní epizodu, která je následně po období klinické remise vystřídání opačnou fází, může tedy

---

<sup>8</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 19

<sup>9</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 77

dojít kupříkladu k mánii nebo hypománii. Poslední formou je periodický neboli rekurentní průběh deprese, zde dochází k opakujícím se epizodám stejné polarity, které nastupují po různě dlouhých úsecích klinické remise.<sup>10</sup>

## 1.2. Fenomén deprese u seniorů

Deprese u lidí vyššího věku je závažný a zároveň velice častý fenomén. Občasné či přechodné příznaky deprese jako je nechutenství, nespavost nebo smutek či apatie se vyskytují až u jedné třetiny lidí seniorského věku, pokud se zaměříme na seniory, kteří jsou institucionalizováni, jedná se až o 40 procent seniorů. 1-4 procenta seniorů splňuje kritéria pro střední a těžkou depresi a u 10-15 procent seniorů jsou splněna kritéria pro mírnou depresi, přičemž správně diagnostikovaná i léčená deprese se uvádí pouze u jedné pětiny seniorů. Je však velice důležité dodat, že až u poloviny seniorů je přítomna deprese, která není vůbec diagnostikovaná a zbývajících čtvrtina seniorů je nesprávně léčená, tedy kupříkladu dochází ke zbytečné preskripci hypnotik nebo anxiolytik místo léčby antidepresivy, což je znepokojivý fakt, který se v praxi mnohdy vyskytuje.<sup>11</sup>

Pokud je deprese u lidí seniorského věku spojena s dalšími zdravotními problémy, jako jsou například velice časté zlomeniny nebo osteoartróza, může mnohdy nastat exacerbace, spojená s navýšením vnímání bolesti, ale i komplikace spojené se sníženou motivací k uzdravení. Též leckdy dochází k nedodržování léčebných režimů i pokynů ošetřujícího lékaře, k celkovému zhoršení zotavení a tím pádem i k pomalejšímu zlepšování funkcí. Více než 25 procent sebevražd je páčáno osobami, které jsou starší 65 let a neméně závažné je zjištění, že až 75 procent seniorů, kteří spáchají sebevraždu, trpělo depresemi.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2. Str.116

<sup>11</sup> LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2. Str.115

<sup>12</sup> KANE, Robert L. *Essentials of clinical geriatrics*. 6th ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2009. ISBN 978-0-07-149822-7. Str. 176

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí můžeme rozdělit depresi do dvou rozdílných typů potíží a to – depresivní epizodu/depresivní fázi a trvalé poruchy nálad. Nejprve se zaměřím na první z těchto typů potíží a to depresivní epizodu. Jedná se o období, během kterého člověk zažívá depresivní náladu, popřípadě pokles zájmu u všech životních aktivit a to po dobu minimálně dvou týdnů. Deprese může probíhat ve třech stupních – existuje mírná depresivní fáze, středně těžká depresivní fáze a těžká depresivní fáze. Při mírné depresivní fázi člověk většinou dokáže běžně pracovat a fungovat v rámci každodenního života, přičemž má některé depresivní příznaky. Člověk trpící středně těžkou depresivní fází zvládá každodenní povinnosti a aktivity s potížemi. V případě těžké depresivní fáze je v popředí psychomotorický útlum či agitovanost, přičemž jsou všechny životní domény velice ovlivněny. Častým znakem jsou notné pocity viny a sebeobviňování, jež mohou mít i bludný charakter, může se zde objevit depresivní stupor nebo halucinace. U trvalých poruch nálad, které značí symptomy podobné jako v depresivní fázi, je jejich intenzita nižší. Depresivní nálada u kategorie trvalých poruch nálad trvá průběžně minimálně po dobu dvou let. Lidé s touto diagnózou většinou nevyžadují hospitalizaci ani zásah sociálních pracovníků a léčí se ambulantně u psychiatrů.<sup>13</sup>

Mezi jedny z prvních viditelných příznaků deprese patří mimo jiné i celkové zpomalení pohybů. Člověk trpící depresí může cítit ztěžklé nohy i ruce, každý pohyb je pro něj náročný, ačkoli si může uvědomovat, že by mu pohyb mohl udělat dobře. Pozorovateli může připadat, že osoba postižená depresí vnímá vše velice obtížně, každý pohyb i obyčejná chůze je pro něj velice namáhavá. K těmto pocitům se mnohdy přidává pocit provinilosti, pocit selhání i vnímání všech svých činů za špatné. I kvůli své vnitřní vině mohou lidé s depresí cítit, že jsou svým blízkým na obtíž a že svému okolí pouze ztěžují život, také mohou cítit pocity selhání vůči sobě samému i vůči svým nejbližším.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 78

<sup>14</sup> GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: spirituální impulzy*. Vyd. 2. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0862-4. Str. 24

### 1.3. Depresivní symptomy

Mezi základní symptomy depresivního onemocnění patří například poruchy nálady, tedy kupříkladu smutek, stísněnost, skleslost, pocity osamocení, úzkost, lítostivost, ztráta radosti, prázdnota, podráždění, může přecházet ve zlost. Zároveň můžeme pozorovat změnu pocitů ve vztahu k sobě samému, tedy pocity viny, stud, obavy, suicidální myšlenky, pokles sebehodnocení s pocity bezmoci, pocity neschopnosti, ztráta vlastní sebeúcty a pocit neužitečnosti. Dalším častým symptomem jsou somatické poruchy. Dále mezi symptomy patří kognitivní poruchy, tedy poruchy soustředění a celkové koncentrace, někdy mohou nastat i poruchy paměti, a dochází k útlumu myšlení, jeho zpomalení či monotónnost. Mezi somatické poruchy můžeme zařadit například poruchy spánku, jako problémy s usínáním, časté probouzení během noci, nespavost během ranních hodin a velice častým symptomem bývá i útlum a značná spavost během dne. Somatickým příznakem deprese je také narušený vztah k jídlu jako je například nadměrné přejídání nebo nechutenství, změny tělesné hmotnosti, další tělesné potíže, jako bolesti břicha, hlavy, svalů, může nastat i bolest a svírání na hrudi, zácpa a nejrůznější syndromy spojené s bolestí, které provází značná únava. V neposlední řadě k depresivním syndromům patří i vnější projevy, jako celkové snížení psychomotorického tempa, tedy zpomalení všech duševních pochodů nebo jejich omezení, vyčerpání, značná každodenní únava, až vyčerpání, ztráta zájmu, úbytek výkonnosti, dojem lenosti, který je představován neschopností pustit se do činností. Také dochází k uzavírání se do sebe, omezení kontaktů s okolím, přáteli, rodinou, snaha vyhnout se kontaktu. Dochází i k afektivním, zlostným či nerudným reakcím a k plačtivosti.<sup>15</sup>

Jako závažný problém deprese u seniorů se dá považovat i výrazná maskovanost somatickými příznaky, stává se tedy, že lékař je u pacienta nejprve upoután těmito příznaky, jako je například váhový úbytek, celkové očividné chřadnutí organismu, nechutenství nebo kupříkladu bolestivé stavy, jedná se tedy o dříve lékaři nazývanou larvovanou depresi, která mnohdy odvede pozornost lékaře při práci s pacientem

---

<sup>15</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 80

nesprávným směrem. Zároveň zde dochází k přibývání atypických příznaků, jejichž počet narůstá postupně s věkem člověka, oproti dospělému člověku trpícímu depresí dochází u seniorů častěji k podrážděnosti, agitovanosti, zmatenosti nebo kupříkladu k dystrofii.<sup>16</sup>

K typickým příznakům deprese jako jsou již zmíněné pocity smutku, viny, též zhoršená soustředěnost, snížení sebedůvěry i pozornosti, poruchy spánku, chuti k jídlu, myšlenky na sebevraždu či sebepoškozování nebo ztráta plánování budoucnosti, lze ještě přidat specifika, která jsou obvyklá a častá právě u deprese u seniorů. K těmto obvyklým příznakům u lidí seniorského věku patří kupříkladu povrchnější klinický obraz, přičemž symptomy nemusí být vždy na první pohled čitelné nebo patrné. Také sem lze zařadit zvýšená citlivost k bolesti, dochází k somatizaci, k zhoršování somatických projevů. Obtíže, které senior zažívá, mohou chronifikovat a také dochází často k rezistenci na léčbu. Samozřejmě vždy záleží na závažnosti depresivních projevů, zda se jedná o formu mírnou, středně těžkou nebo nejvážnější těžké formy deprese u seniorů, které se mohou v některých případech objevovat společně s psychotickými příznaky, jako jsou halucinace či bludy.<sup>17</sup>

## 1.4 Suicidalita

Ve stáří jsou sebevraždy častým a vážným problémem, jak přibývá věk, přibývá i razance při sebevražedném jednání. Sebevražedné jednání u seniorů mívá v mnohých případech charakteristiku bilančního zhodnocení životní situace, osamělosti, snížení kvality života, limitujících či bolestivých chorob, ztráty důstojnosti, hrozby a rozvoje nesoběstačnosti, nastolení pocitu, že se z člověka stává obtížné břemeno nebo ztráty smysluplnosti života. Vyšší sebevražednost se vyskytuje u mužů a především u seniorů, kteří jsou rozvedení či ovdovělí. K afektivnímu jednání často vede právě ovdovění,

---

<sup>16</sup> LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2. Str.116

<sup>17</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 19

trýznivá choroba, její zjištění nebo strach z jejího nastolení, ale i strach ze změny životního stylu, přestěhování či ztráty soukromí. Veliký vliv i častý výskyt má právě seniorská deprese, s čímž jsou spojeny pocity dlouhodobé bezvýchodnosti, bezvýznamnosti až zbytečnosti, beznaděje a marnosti. Podle Klostermannova rozboru dopisů na rozloučenou u 135 sebevražd seniorů, kteří spadali do věkové skupiny 65-95let v Berlíně od roku 1995 do roku 2003, bylo zjištěno, že téměř ve všech případech byl nejvýraznější příčinou strach z ústavní péče a z bezmoci. Nezbytná je zde tedy prevence, která se provádí pomocí včasné a přesné diagnostiky deprese u seniorů a zároveň nastolením sociálního zabezpečení i zajištění smysluplnosti života především u osamělých seniorů a v neposlední řadě snaha o zajištění lidské důstojnosti. Důležitá je i jistota a dosažitelnost pomoci pro tuto cílovou skupinu, zajištění sociálního kontaktu, podpora setkávání, komunikace i aktivit, protože ono riziko sebevražedného jednání u seniorů může z velké části odhalit, kromě orientační geriatrické škály deprese, právě empatické naslouchání a individuální zájem o konkrétního člověka. U osob vyššího věku, které trpí depresí a hrozí u nich suicidální jednání lze krom samotného řešení hlavního problému, či nasazení medikamentů – antidepresiv, také využít možnosti psychoterapie, což bývá společně velice efektivní.<sup>18</sup>

## **1.5. Potíže v sociálním fungování**

Apatie, anhedonie, ochuzení řeči i afektu a ztráta radosti je u deprese velice častá, přičemž negativní symptomy mají značný dopad na fungování člověka ve společnosti. Problém začít a vytrvat v činnosti a celkový nedostatek energie v sociální oblasti vede k problematickému zrodu i udržení vztahů, pokračuje například nesplněním očekávání i povinností v mezilidských vztazích, což souvisí s následným nenaplňováním společenských rolí. Jedná se tedy o celý proces rozvoje a udržení vztahů, což nedostatečná aktivita člověka s depresí ovlivňuje. Další potíž v sociálním fungování je samotné působení člověka s depresí na jeho okolí. Takový člověk leckdy může působit nepříjemně například kvůli snížené mimice, méně výrazné řeči a občas i

---

<sup>18</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 399



kvůli nedodržování hygieny. V takovém případě se okolí může domnívat, že se jedná o člověka pasivního, strnulého, bez jakéhokoliv zájmu. Problémy v sociálním fungování mohou být způsobeny i kognitivními problémy. Při celkovém zpomalení člověka i při poruchách pozornosti v důsledku depresivního onemocnění, může docházet k nezvládnutí udržení konverzace, také k obtížím se zvládnutím neverbálních sociálních dovedností. K těmto obtížím můžeme zařadit například ztrátu nebo nedostatečné udržování očního kontaktu, utlumení gestikulace, strnulost v obličejovém výrazu, i příznaky celého postojení těla, jako je kupříkladu strnulost a schoulenost. Potíže mohou nastat i z hlediska slovního a neverbálního projevu, jako je nevýraznost, tichá mluva, zpomalený a setřený hlas. Lingvistické potíže mohou být, nezávisle na obsahové stránce, příčinou neúspěchu v mezilidské komunikaci a tím pádem i případným důvodem k neúspěchu.<sup>19</sup>

## **1.6. Rizikové faktory pro rozvoj depresivního onemocnění u seniorů**

Jako jeden hlavních rizikových faktorů pro rozvoj deprese u osob vyššího věku lze označit biologický podklad, tedy například faktory genetické či změnu homeostázy neurotransmiterů v mozku člověka. Významnou roli hrají krom biologických faktorů také sociální vlivy. U seniorů dochází ke změně sociálního rytmu, například při odchodu do důchodu, úmrtí blízké osoby, ať už jde o partnera nebo o přátele nebo kupříkladu při opuštění seniora jeho dětmi. Všechny tyto situace mohou být pro seniora vysoce stresující a často se následně mění i množství sociálního kontaktu. Dalším z vlivů mohou být psychologické nebo existenciální faktory, sem lze zařadit samo uvědomování si konečnosti lidského života i zranitelnosti lidské bytosti nebo očekávání onemocnění. V neposlední řadě je dobré zařadit i vliv ekonomický, protože chudoba, která je často v souvislosti s nižším finančním příjmem, může být u seniorů mnohdy významným rizikovým faktorem, který se podílí na vzniku deprese. Je důležité zmínit, že

---

<sup>19</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 81

značný depresogenní vliv mají i některá farmaka, jež se mohou také podílet na vzniku i následném rozvoji již navozené deprese. Může se jednat jak o betablokátory, tak kupříkladu i o kortikoidy, benzodiazepiny, centrální antihypertenzivy, leckdy i dlouhodobé užívání některých ze starších antipsychotik či antiulcerózních preparátů.<sup>20</sup>

Mezi základní rizikové faktory pro rozvoj depresivního onemocnění u seniorů tedy patří faktory biologické, jako je genetická predispozice nebo kupříkladu předchozí epizoda deprese. K psychickým faktorům lze zařadit specifické psychické onemocnění, dále závislosti – kupříkladu na alkoholu nebo na lécích, také smyslové deprivace a chronická onemocnění, především spojená s bolestivostí. Je vhodné také připomenout faktory psychologické, kam krom již zmíněných situací můžeme zařadit ještě přítomnost nevyřešených osobních konfliktů – přítomnost viny či dlouhodobého vzteku, ztrátu paměti a demenci a poruchy osobnosti. Faktory sociální, ke kterým lze doplnit i celkovou izolaci, ztrátu příjmu a ztrátu společenských kontaktů. A je vhodné zmínit i faktory psychosociální, které jsou spojeny například s osobním duchovním a spirituálním životem a prožíváním.<sup>21</sup>

Depresivní onemocnění u seniorů i u zbylé populace je závažné a časté. Odkazuje nás na cesty psychologie a lékařství, které je naštěstí v našem vyspělém světě na stále lepší úrovni. Je ale důležité nezapomínat obzvláště u seniorů i na otázky týkající se osobního i duchovního či spirituálního prožívání a na nejzákladnější otázky, týkající se lidského života. Nevěnovat se pouze vymizení příznaků, ale také objevit a pochopit pravou příčinu tohoto onemocnění.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2. Str.115

<sup>21</sup> KANE, Robert L. *Essentials of clinical geriatrics*. 6th ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2009. ISBN 978-0-07-149822-7. Str. 179

<sup>22</sup> GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: spirituální impulzy*. Vyd. 2. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0862-4. Str. 130

## 2. Stárnutí

Stárnutí se jako všeobecně rozšířený jev začal objevovat především v západních zemích ve dvacátém století, důvodem je především lepší kvalita péče, rapidní snížení kojenecké úmrtnosti i zkvalitnění životního stylu již v rané dospělosti.<sup>23</sup>

Procesy stárnutí jsou úzce propojeny s přirozenou délkou života a provází stoupající pravděpodobnost úmrtí. Samo stárnutí zhoršuje spolehlivost fungování organismu, zvyšuje výskyt chyb, schopnost přizpůsobit se i regulační schopnosti. Jedná se tedy o proces multifaktorový.<sup>24</sup>

Stárnutí můžeme považovat za závěrečnou fázi lidského vývoje a je potřeba ho brát jako součást kontinuální proměny, není však snadné s přesností určit, kdy přesně končí střední věk a nastává začátek samotného stáří. Existují také universální znaky pro stárnutí, tedy takové znaky, které sdílejí všichni lidé vyššího věku, spadá sem například vráscitá kůže. Dále existují probabilistické znaky stárnutí, což může představovat například artróza, jedná se tedy o znaky, které bývají velice časté, nejsou však podmínkou a nemůžeme je považovat za universální. Stárnutí také můžeme dělit na primární, sekundární a terciární stárnutí. V rámci primárního stárnutí pozorujeme tělesné změny organismu u člověka pokročilého věku, sekundární stárnutí obsahuje projevy a především změny, které bývají časté, ale nikoliv nutný doprovodný jev. Terciární stárnutí bývá představováno rychlým a prudkým úpadkem, který bezprostředně předchází smrti.<sup>25</sup>

Involuce tedy stárnutí je universálním procesem, který postihuje živou hmotu, přičemž probíhá již od samotného početí kontinuálně, ale za skutečný projev je považován až pokles funkcí člověka. Stárnutí stále není jednoznačně definováno a tak se popisuje převážně pomocí popisu jednotlivých vlastností či symptomů. Tyto symptomy jsou velice individuální, variabilní a stejně tak se liší i věkový nástup změn funkcí orgánových systémů.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2. Str. 43

<sup>24</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 67

<sup>25</sup> STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2. Str. 18

<sup>26</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 67

Existují vnitřní i vnější faktory stárnutí. Mezi faktory vnitřní lze zařadit například genetickou výbavu člověka, kam patří činitelé buněčného přežití, vrozené genetické i získané genové mutace, jež vedou k vzniku nemocí s následkem předčasného úmrtí. Dále sem patří psychická výbava jedince, tedy individuální povaha člověka, osobní zpracovávání i zvládání obtížných, zátěžových situací, také způsob, jakým se daný člověk vyrovnává s onemocněním, jak zpracovává stereotypy i životními cíle. K vnějším faktorům, které ovlivňují stárnutí člověka, patří faktory fyzikální, jako je životní prostředí, klima nebo kupříkladu pracovní prostředí člověka. Dále sem lze zařadit také chemické faktory, což mohou být například nejruznější plicní nebo kožní komplikace a neméně důležité jsou faktory sociální, tedy vzdělání, rodinný stav a zázemí, zabezpečení z hlediska financí i celý způsob a kvalita života člověka. Některé faktory stárnutí člověka jsou tedy velice individuální a při jejich posuzování je nelze zcela zevšeobecnit.<sup>27</sup>

## 2.1. Stáří a stárnutí

Existuje velké množství definic stáří a stárnutí, není tedy snadné vymezit tyto pojmy zcela absolutně a definitivně. Již Aristoteles vymezoval pojem stáří, mluvil o něm jako o ztrátě tepla, Hippokrates zase pojímal stáří jako ztrátu vlhka. Při definování stáří a stárnutí tedy velice záleží na tom, jakou optikou budeme ta tyto termíny pohlížet. Pohledy jsou různé, ať už z hlediska gerontologie, demografie, sociální práce či kupříkladu z hlediska psychologického. Mezioborová shoda z hlediska autorů, kteří se těmito pojmy zabývají, je na tom, že senescence tedy stárnutí je fyziologický proces, kterému se žádná živá bytost nemůže vyhnout, zatímco senium/stáří je konečná etapa života.<sup>28</sup>

Tedy vzhledem k tomu, že stáří lze považovat za pozdní a poslední fázi přirozeného průběhu života, tedy ontogeneze, jedná se o projev a důsledek involučních

---

<sup>27</sup> PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

Str.10

<sup>28</sup> PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1. Str. 9

změn jak funkčních, tak i morfologických. Změny probíhají značně interindividuálně variabilně a druhově specifickou rychlostí, což vede k obrazu, označovanému jako stařecký fenotyp, který je modifikován zdravotním stavem, vlivy prostředí, vlivy sociálně ekonomickými, také životním stylem člověka i psychickými vlivy, jako je například adaptace, přijetí role či sebehodnocení. Stáří můžeme rozlišovat na biologické, kalendářní a sociální. Kalendářní stáří, tedy stáří z hlediska věku lze jednoznačně vymezit, nicméně nepostihuje všechny interindividuální rozdíly. Zároveň se mění věková hranice, i z důvodu prodlužující se očekávané doby dožití, přičemž se zlepšuje funkční a zdravotní stav nově stárnoucí generace. Za kalendářní počátek stáří se mnohdy uvádí věk 65 let, přičemž o vlastním stáří lze hovořit od věku 75 let. Stáří můžeme také orientačně členit na věkovou kategorii 65-74 let, tedy věk mladých seniorů, k této kategorii lze zařadit problematiku odchodu ze zaměstnání do důchodu, řešení vlastního volného času, seberealizace či aktivit. Věk 75-84 let, tedy věk starých seniorů s problematikou osamělosti, tolerance zátěže, adaptace i specifické reakce na onemocnění. Poslední věkovou kategorií je 85 a více let, tedy věk velmi starých seniorů, k této skupině osob lze zařadit problematiku zabezpečení a soběstačnosti. Co se týká sociálního stáří, jedná se o změnu potřeb, sociálních rolí, ekonomického zajištění i životního stylu. Patří sem i rizika v seniorském věku, jako například obtížnost zvykání si na penzionování, změna společenské prestiže, ztráta životního programu, změna životní úrovně, osamělost, diskriminace, hrozící ztráta soběstačnosti člověka, či v neposlední řadě věková segregace. Za sociální stáří se dá považovat období od vzniku nároku na starobní důchod nebo samotný odchod do penze.<sup>29</sup> Třetí z pojmů je takzvané stáří biologické. Jedná se o konkrétní míru involučních změn u každého člověka, není však zatím shoda na přesném vymezení ani na jasném vyjádření biologického stáří.<sup>30</sup>

V praxi tedy zatím neexistuje jednotná teorie ani v rámci biologické disciplíny. Existuje však mnoho alternativních teorií s nejrůznějšími důrazy. V některých případech se klade důraz především na evoluční vysvětlení s využitím důkazů o různé délce dožití přirozeně se vyskytujících druhů. Jiné teorie dávají přednost myšlenkám zakládajících se na studiu metabolických procesů a celkovému procesu fungování buněk. Hlavním

---

<sup>29</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 47

<sup>30</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 48

problémem při objasňování i celkové snaze o pochopení buněčného stárnutí mířící k pochopení životního cyklu člověka je častá absence teoretických základů, která je nezbytná pro následné zobecnění tvorby buněčných částí celého lidského organismu.<sup>31</sup>

Biologické stárnutí je velice individuální, nicméně se uvádí, že už okolo 25-30. roku života může být vidět zatím zcela pomalý avšak postupný pokles výkonnosti jak duševních, tak i fyzických funkcí. Dochází ke třem typům základních biologických změn. Zaprvé ubývají funkce na systémové, orgánové, tkáňové i molekulární úrovni, dále významně klesají buněčné rezervy, které se projevují kupříkladu při reagování v různých zátěžových situacích. Do třetice dochází k celkovému zpomalení většiny funkcí. Za vnější obraz biologického stárání je označován fenotyp stárání. Do fenotypu stárání lze zařadit projevy jako je vysušování a svraštění kůže, šedivění a úbytek vlasů i ochlupení, různé změny hormonální sekrece a hormonální produkce, úbytek kostní hmoty i ochabování svalů, také poruchy sluchu, přičemž je zvýšená citlivost na šумы i zhoršené vnímání vyšších tónů, zhoršení adaptace zraku člověka na tmou i světlo, zužování zorného pole, omezení i změny kardiovaskulárního systému a proměnění postavy i chůze. Člověk se následkem těchto změn rychleji unaví, přičemž potřebuje delší čas, aby došlo k obnově sil, duševních i fyzických. Také se u člověka zpomaluje psychomotorické tempo a zpomalují se reakce na nejrůznější podněty. Biologické stárnutí je ovlivněno například dosavadním životním stylem, úrovní zdravotní péče i přítomností dosavadních onemocnění, také se projevují genetické dispozice. V neposlední řadě má veliký vliv psychická stránka člověka, tedy jeho dosavadní negativní nebo pozitivní hodnocení a přístup k životu. Stejně tak má vliv i přístup člověka k sobě samému, jeho přijetí stárnutí a smíření se se stářím i s prohlubující se sociální izolací. Je však vhodné opětovně zdůraznit, že zcela přesné a jednotné vymezení biologického stárání zatím neexistuje, přičemž se v mnohých případech pro objektivní a praktické zhodnocení stavu seniora využívá funkční geriatrické vyšetření. Při tomto komplexním vyšetření se zhodnotí seniorův zdravotní stav, dochází však také

---

<sup>31</sup> GOTT, Meryn, INGLETON, Christine. *Living with ageing and dying: palliative and end of life care for older people*. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-956993-9. Str.32

k hodnocení jeho soběstačnosti, fyzické výkonnosti, zjišťují se psychické funkce seniora i v souvislosti jeho aktuální sociální situace. Vyšetření provádí lékař nebo přímo geriatrický tým pracovníků a zaměřují se na zdravotní stav, zdravotní rizika, přítomnost nemocí, tedy komorbiditu, ale kupříkladu i na fyzickou výkonnost i soběstačnost, kterou hodnotí pomocí standardizovaných testů, také na současnou funkčnost i účelnost medikace a na mnoho dalších okruhů.<sup>32</sup>

## 2. 2. Projevy stárnutí

U hodnocení projevů stárnutí je důležité pohlížet na každého jedince individuálně. Podle biologického zákona heterochronie, probíhá celý ontogenetický vývoj nerovnoměrně především z hlediska orgánových změn, protože stárnou jednotlivé orgány, systémy, dochází k opotřebování, individuálním a rozmanitým způsobům udržování, ale zároveň dochází též k nejrůznějším chorobným změnám. Jeden z projevů stárnutí se týká například tělesné výšky, která se s přibývajícím věkem snižuje, zatímco tělesná hmotnost s věkem naopak stoupá, přičemž dochází k úbytku aktivní tělesné hmoty a nárůstu vaziva a tuku, mění se tedy procentuální složení těla. Vzhledem k tomu, že se snižuje výška člověka, dochází k problematice hodnoty BMI. Také dochází k involučnímu poklesu hmotnosti vnitřních orgánů i samotné kostry člověka. Mění se i rozloha lidského tělesného povrchu, kde dochází k jejímu zmenšování. Pozměňují se též tělesné proporce a to jak poměr šíře ramen, pasu nebo boků, tak i výšky vzhledem k délce dolních končetin.<sup>33</sup>

Dochází ke změnám vylučování moči, také trávení i vyprazdňování, ke kardiopulmonálním změnám a nejrůznějším změnám lidského vzhledu. Z hlediska psychických změn lze zmínit, že se v některých případech zvyšuje nedůvěřivost,

---

<sup>32</sup> PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1. Str.11

<sup>33</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 100

zhoršuje paměť, obtížněji osvojují nové činnosti, snižuje sebedůvěra a dochází ke změnám vnímání a sugestibility.<sup>34</sup>

Za další z tělesných projevů můžeme považovat například změnu postoje a chůze. Obecně dochází ke zpomalení chůze a zkracování kroku. Mění se také biomechanika páteře, přičemž stárnou meziobratlové ploténky, dochází k dehydrataci jejich jader a tuhne vazivo. Ubývá svalová hmota, přičemž závisí i na fyzické síle člověka, jakým způsobem bude ubývat svalová síla. Projevem stáří je i změna výrazu obličeje a dochází ke stírání sexuálních rozdílů. Přibývají vrásky na kůži, nastupuje šedivění vlasů, prodlužují se ušní lalůčky, klesají horní víčka a tváře. Může docházet ke zhoršení zraku i k úbytku sluchové ostroty především pro vysoké tóny a k atrofii čichových vláken. Také klesá chuť i čich člověka a to ve větší míře u kuřáků.<sup>35</sup>

Dochází tedy obecně k úbytku kvality funkce některých smyslových orgánů. Jak již bylo zmíněno, sluch seniora se mnohdy stává méně citlivým na vysoké tóny, v praxi to vypadá tak, že lidský hovor je pro staršího člověka mnohem méně srozumitelný. Oční čočka již není tak pružná, tím pádem se senior jen výjimečně obejde bez užívání brýlí. Co se týče zhoršeného hmatu, začínají být problematické některé každodenní činnosti, kupříkladu zapínání knoflíků u kabátu nebo používání mobilního telefonu. Z hlediska chuti i čichu je ještě dobré doplnit, že kvůli probíhajícím změnám mnohdy dochází k tomu, že seniorovi už nemusí chutnat to, co mu chutnalo dříve, také se často stává, že pociťuje nedostatečné dochucení jídel. Může se zpomalovat a celkově zhoršovat trávení i přizpůsobování se teplotním změnám a dochází ke ztížení udržení dostatečného stavu vody a ostatních látek v těle. Následkem toho pak nastává při nemoci větší riziko narušení vnitřní rovnováhy. Mnohdy dochází ke snížené výdrži, zvýšené únavě, zpomalení a celkovému poklesu vnitřní energie. Mimo jiné i s tím dále souvisí zhoršená motorika, jak bylo také řečeno, ubývá svalová hmota, také je často znatelný třes. Vysušuje se kůže a mizí elasticita, častěji než u lidí mladšího věku se objevují modřiny. Seniori se ve velké míře obávají pádů a úrazů, i proto, že jsou si vědomi, že jejich kosti jsou křehčí a náchylnější ke zlomeninám, které se následně obtížněji léčí. Přichází zpomalování psychomotorického tempa a kvůli prodloužení reakčního času je

---

<sup>34</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3. Str. 18

<sup>35</sup> KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6. Str. 101



v některých případech problematická i taková činnost, jako je řízení automobilu a stává se nebezpečnou jak pro řidiče seniora, tak i pro okolí.<sup>36</sup>

Přestože některé buňky v mozku seniorů odumírají, je poměrně málo veřejností známe, že i ve vyšším věku se rodí buňky nové a též i nová nervová spojení. Právě kvůli tomu je možné, aby se člověk vyššího věku dokázal naučit i novým činnostem. Lze tedy říci, že existuje dospělá neurogeneze, protože se v mozku seniora stále vytváří nová spojení. Stejně tak pokračuje ve vyšším věku i zrání, růst i integrace osobnosti a dokonce se integrace člověka může mnohdy plně rozvinout právě až v období seniorského věku.<sup>37</sup>

## 2. 3. Životní spokojenost ve stáří

Mnoho asociací k pojmům senior nebo starý člověk není vždy zrovna pozitivní. Člověka mohou při této asociaci napadnout pojmy jako je například důchod, nemoc, smrt, volný čas, vnoučata, smutek, samota nebo čekání. Je mnohdy nepříjemné až tíživé, jaké, leckdy negativní, asociace přináší pojem jako je senior. Tím spíše je toto pomyšlení skličující, pokud si člověk uvědomí, že každá osoba bude jednou seniorského věku. Stárnutí je běžnou a přirozenou součástí života a jedná se o něco, co nejde nikterak odvrátit. Nezanedbatelné může být i vědomí toho, že stáří je velice dlouhé i drahé a často se pojí s pocity neužitečnosti až zbytečnosti a s velice častými pocity viny. Pocity, které jsou v předchozích větách uvedeny, často odrážejí většinový náhled na stáří, jedná se tedy o přístupy legitimní a mnohdy snadno znatelné. Tyto přístupy pohlíží na stáří a seniorský věk jako na období pasivity, období, které nijak nelze ovlivňovat, ovládají ho nepředvídatelné situace jako je kupříkladu nemoc, ekonomická nebo politická situace, smrt blízkých osob, nebo nejružnější úrazy. Je tedy podstatné, aby si

---

<sup>36</sup> MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str.107

<sup>37</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4. Str.13

každý člověk uvědomil fakt, že stárí je jen součást života, která je velice specifická a stejně tak značně individuální a především, aby každý člověk pochopil a následně připustil, že stárí není nemoc.<sup>38</sup>

Při snaze o porozumění stárnoucí osobnosti je důležité vzít v potaz také vnější vlivy, které ovlivňují životní spokojenost stárnoucího člověka i jeho sebeobraz. Značný je například vliv stereotypu. Stereotypy, které se týkají starších osob, jsou poměrně silné, pojem starý/starší je často chápán jako ponižující. Stereotypy nejspíš mají vliv i na sebedůvěru starších osob a snižují jejich vlastní sebehodnocení. U seniorských klientů můžeme často naléznout introverzi a v některých případech značnou kritičnost při hodnocení svého okolí, přičemž čím více kriticky hodnotí ostatní, tím může být snižené i jejich vlastní sebehodnocení. Je tedy možné, že stereotypy a následný sebeobraz spolu souvisejí a mohou společně vytvářet jakýsi začarovaný kruh, ačkoli jejich vzájemný vztah zůstává nejasný. Sebeobraz člověka ve stárí se mnohdy postupně zhoršuje.<sup>39</sup>

Příprava na stárí je důležitá, jednou z podstatných otázek je tedy i ta, kdy je to správné období či věk, ve kterém by se měl člověk začít na stárí připravovat. Poměrně velká část dnešních seniorů se na své stárí začíná připravovat až po padesátém roce života nebo se nepřipravují vůbec. Nicméně zde dochází k poměrně pozitivnímu posunu, vzhledem k tomu, že současná střední generace se na stárí postupně připravuje již okolo čtyřicátého roku života. Přípravu na stárí lze rozdělit na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Dlouhodobá příprava na stárí je ovlivněna zejména výchovou k smysluplnému a harmonickému životu, k rozvoji osobních zájmů, ke vzdělání i společenské aktivitě, ale také je velice podstatná osobní snaha o kvalitní rodinné vztahy během celého života člověka. V rámci dlouhodobé přípravy na stárí je možné využít pozitivní citovou vazbu, kterou mají prarodiče se svými vnoučaty a pomocí této vazby postupně posilovat kladný obraz stárí. Vnoučata mohou také přispívat svým zapojením se do péče o prarodiče, což pozitivně přispívá k budování vzájemného vztahu a podporuje jejich vnímání k mezilidské solidaritě. Vhodnou součástí je i práce s adolescenty v rámci výchovy k odpovědnému přístupu k lidem a

---

<sup>38</sup> MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str.106

<sup>39</sup> STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2. Str. 161

především neustálému a přirozenému respektu k seniorům, stejně tak je důležité i osobní uvědomění si zodpovědnosti, kterou má každý člověk za svůj vlastní život a to během celého životního vývoje i v období stáří. Mezi dlouhodobou přípravu na stáří spadá i důležitost správné životosprávy, vhodná a racionální výživa a dostatek pohybu. Co se týče středně dlouhé přípravy, měl by její začátek být načasován přibližně do období středního věku člověka nejpozději však do období deseti let před tím, než dojde k ukončení ekonomické aktivity. Týká se tří základních problémových okruhů. První okruh se týká psychologické roviny člověka a spadá do něho kupříkladu přijetí stáří jako běžnou součást života i správná duševní hygiena. Dalším okruhem je rovina biologická, tedy otázka osvojení si zásad správného a zdravého životního stylu a jejich dodržování. Třetím okruhem je sociální oblast. Tato oblast je velice podstatná, také kvůli svému zaměření na budování mimopracovních aktivit, zájmů i koníčků, zároveň se týká utváření i udržování interpersonálních vztahů, posilování vlastní sociální sítě i mimo pracoviště člověka, ale také se zaměřuje na postupnou tvorbu náhradního, smysluplného volnočasového programu na období stáří. Co se týče okruhu krátkodobé přípravy, jedná se o období tří až pěti let před odchodem do starobního důchodu. V rámci krátkodobé přípravy je nejpodstatnější získávání dostateku vhodných aktuálních informací, týkajících se sociálních služeb a celkově období seniorského věku.<sup>40</sup>

## 2. 4. Ageismus a mýty o stáří

Dnešní moderní doba je plná podprahových vlivů ze stran masmédií. Často se nám prostřednictvím médií ukazuje a ovlivňuje nás kult zdravého, mladého, krásného a úspěšného člověka. Většina informací se dá lehce dohledat na internetu a vědomosti či zkušenosti od starších lidí přestávají veřejnost zajímat, protože je leckdy považují za zastaralé. Lidé vyššího věku jsou stále častěji považováni za přítěž, pro stát i pro jejich vlastní rodinu a dochází k masivnímu odmítání stáří v rámci populace, také dochází k odmítání stárnutí i starších lidí a stále častěji se zde objevuje fenomén ageismu. Ageismus byl poprvé popsán jako pojem americkým psychiatrem Robertem Butlerem

---

<sup>40</sup> PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.  
Str.23

v roce 1968 v souvislosti se segregací bytovou politikou. Globální překlad tohoto pojmu je věkově podmíněná diskriminace. Existuje mnoho nejrozličnějších definic ageismu. Často se popisuje především jako projevy a postoj podvědomého nepříjemného pocitu vůči stáří, bezmoci, smrti, chorobám, přičemž je stárnutí a stáří vnímáno mnohdy jako nekompetentní a jsou zde viditelné projevy odmítání, podceňování a v některých případech i odpor ke všem seniorům. Ageismus tedy lze považovat za diskriminaci seniorů, věkovou diskriminaci nebo stereotypizování lidí z důvodu jejich stáří.<sup>41</sup>

Ageismus je pokládán za vysoce společensky nebezpečný fenomén. Vychází se zde z předpokladu, že zástupci některé generace či některé z věkových kategorií vykazují rozdílné charakteristiky i lidskou a také společenskou hodnotu. Samo označení fenoménu ageismus je odvozeno od anglického pojmu pro věk či stáří tedy od slova age. V současné době se jedná se o jeden z nejkomplexnějších konceptů sociální vědy, též politické vědy, ale také sociálně-psychologické a sociálně-politické praxe. Obsahuje celou širokou škálu procesů, jak na individuální rovině, tak i na rovině strukturální.<sup>42</sup>

Když se nyní zaměřím na problematiku mýtů, která se týkají stáří, nejprve chci ve stručnosti objasnit termín mýtus. Jedná se o vymyšlené nebo vybájené tvrzení, které nemá základ založený na pravdě. Jde tedy o tvrzení, které se šíří mezi lidmi, přičemž je založeno na nejrozličnějších polopravdách a mnohdy je hluboce zakořeněné ve společnosti. Mezi časté mýty, které se týkají starších lidí, patří kupříkladu mýtus o falešných představách. Týká se představ, že to, do jaké míry je senior spokojený, vždy závisí a je přímo úměrné na ekonomickém a materiálním zajištění člověka. Zde je nezbytné uvést, že ačkoli je hmotné a ekonomické zabezpečení pro lidi vyššího věku velice důležité, nemůže nahradit zdraví nebo dobré vztahy v rámci rodiny či blízkých osob. Dalším obvyklým mýtem je mýtus zjednodušené demografie. Jedná se o zjednodušeně řečeno, mylnou představu, že člověk se ve starou osobou promění v den odchodu do důchodu a nijak přitom nebere v potaz, že se prodlužuje střední délka života, existují mladí i starí senioři a že i pokročilý seniorský život může být

---

<sup>41</sup> PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1. Str.27

<sup>42</sup> POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. Str.69

plnohodnotný. Mýtus schematismu a automatismu ukazuje seniory jako lidi, kteří jednají jen na základě předem naučeného vzorce, přičemž se nejsou schopni naučit nic nového, nezvládnou předat novým generacím žádnou zkušenost, která by byla využitelná v dnešním moderním světě. Starší lidé mohou mít potíže se zapamatováním, což je však způsobeno zpomalením reakční doby nikoli tím, že by se senior nebyl schopen naučit cokoliv nového. Jako neméně častý lze považovat i mýtus neužitečného času. Jde o falešnou představu, že staří lidé jsou neužiteční, protože nic nedělají a nevydělají, následkem čehož dochází k jejich ignoraci ze stran společnosti, i když je v dnešní době mnoho seniorů činných a zapojených do nejrůznějších aktivit. Mýtů je mnoho, uvedu z nich však ještě jeden a to takzvaný mýtus homogenity, který tvrdí, že všichni senioři v celé populaci jsou stejní také kvůli stařeckému fenotypu. Důsledkem bývá přehlížení a nerespektování individuálních potřeb každého člověka vyššího věku. Právě události a zkušenosti z života seniorů však zapříčiňují to, že seniorské potřeby jsou výrazně heterogenní.<sup>43</sup>

Stárnutí populace je fenomén, který vystihuje celkový demografický vývoj všech vyspělých zemí, včetně České republiky. V souvislosti se stárnutím populace, i z důsledku prodlužování délky lidského života, bude postupně narůstat potřeba a poptávka po dlouhodobé péči i potřeba rozmanitého spektra služeb, které potřebují osoby s omezenou soběstačností. Senioři a lidé, kteří mají omezenou soběstačnost, často patří k nejkřehčí skupině v každé populaci. Je tedy nezbytné, aby byly dostatečně zajištěny kvalitní, dostupné a funkční služby, což souvisí s hodnotami dané společnosti a také aby se všeobecný přístup k těmto lidem zakládal na respektu, vzájemné solidaritě a hodnotách lidskosti.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1. Str.26

<sup>44</sup> HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7. Str.140

### 3. Sociální práce se seniory s depresí

Hlavním posláním oboru sociální práce je poskytování sociálních služeb klientům, tedy jednotlivcům, skupinám či komunitám. Sociální práce má v sobě jasné rysy jedinečnosti a to především v individuálním a specifickém přístupu ke každému klientovi, stejně tak v sobě však nese i prvky komplexnosti, vzhledem k přístupu při řešení sociální situace z různých hledisek, tedy z hlediska psychologického, ekonomického, právního, sociálního, pedagogického, sociologického a zdravotního. Účelem sociálních služeb je pomoc klientům, vyrovnat se s nezměnitelnými potížemi a problémy, odstranit nebo omezit problémy, které je možno vyřešit nebo též přispět ke zlepšování situace v těch případech, kdy je možná úprava sociálních poměrů. Důležité je, aby byl v rámci sociální práce veden dialog mezi aktuálními společenskými normami a tím, co si přeje klient. Cílem tohoto oboru je tedy i snaha neustále rozvíjet dialog ke vzájemné efektivní spolupráci.<sup>45</sup>

Sociální pracovník pracující se seniory často přichází do styku s klienty, kteří trpí depresí. Postup práce s takovým klientem je však vždy individuální. Záleží na mnoha faktorech. Může se stát, že se pracovník setká s klientem, u kterého již deprese byla diagnostikována například jeho psychologem či psychiatrem. V takovém případě je jako hlavní úkol sociálního pracovníka šetření, které obsahuje získání a následné zhodnocení informací o stávající situaci a mimo jiné také například o míře klientova stávajícího sociálního poškození a zneschopnění.<sup>46</sup>

Jedním z dalších postupů při práci s klientem, který má depresi již diagnostikovanou může být zhodnocení ochranných a rizikových faktorů vzhledem k dalšímu vývoji tohoto onemocnění. Výsledky, které vycházejí z tohoto šetření, může sociální pracovník hodnotit spolu s týmem a také s klientem, kterého se situace týká. Důležitou součástí tohoto postupu je i následné utvoření plánu intervencí. Tento plán může být utvořen

---

<sup>45</sup> MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str.9

<sup>46</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 81

ideálně celým týmem pracovníků, přičemž sociální pracovník se může významně podílet na jeho podobě. Konkrétně zde má veliký význam, například pokud zjistí u klienta sociální či vztahové problémy v důsledku jeho depresivního onemocnění. Další možnou situací, v případě, že se sociální pracovník setká s depresivním klientem je ta, kdy u klienta deprese byla diagnostikována již v minulosti. Sociální pracovník v takové situaci směřuje k posouzení, které provádí na základě klientových symptomů přesně podle hodnotící škály, následně pak může vyslovit podezření na další epizodu deprese. K této části sociální práce se seniory s depresí také patří zhodnocení rizika suicidia. Je velice důležité navázat s klientem vztah založený na důvěře a následně poměrně rychle jednat, tedy vytvořit plán následného postupu. Takovým postupem většinou bývá zprostředkování kontaktu na lékaře, ať už praktického či v ideálním případě přímo psychiatra. Je důležité si následně ověřit, zda se klient s lékařem skutečně zkontaktoval a jak se situace dále vyvíjí. Další možností je, že se sociální pracovník při své práci setká s klientem, který depresi diagnostikovanou nemá a nikdy v minulosti neměl, nicméně tento klient vykazuje depresivní symptomy. Tato situace nemusí být pro pracovníka lehká, protože je velice obtížné odlišit reaktivní depresi, depresivní epizodu, která nemusí mít zjevnou příčinu nebo smutek klienta, v takovéto situaci je dobré další postup a výsledky šetření konzultovat ještě s dalšími členy týmu a odborníky. U práce se seniory je důležité navázat vztah mezi pracovníkem a klientem, který bude založen na vzájemné důvěře na vzájemném respektu i individuálním přístupu. Je časté, že se senioři, více než na úzkosti, smutek nebo beznaděj budou zaměřovat na své fyzické potíže. Mezi fyzické potíže, které často doprovází potíže somatického typu, patří například nespavost, únava, ztráta hmotnosti, dále kognitivní poruchy, ať už poruchy paměti, pozornosti nebo koncentrace pozornosti. Některé z těchto příznaků u seniorských klientů užívané však mohou jako vedlejší účinky doprovázet medikamenty. Je tedy podstatné po navázání vztahu s klientem, zjištění individuální situace klienta a pomocí šetření navázat a vytvořit plán, podle kterého se bude dále postupovat.<sup>47</sup>

Šetření suicidálního rizika u klienta je v případě diagnostikované deprese nezbytné, na jeho základě se vyhodnocuje nezbytnost hospitalizace. Suicidální myšlenky popřípadě jednání bývají časté především u klientů, kteří trpí těžším typem

---

<sup>47</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 82

deprese. Sociální pracovník může doporučit hospitalizaci například v případě, kdy vnímá u klienta sebevražedné myšlenky, silné pocity beznaděje či pokud zjistí, že má klient promyšlený suicidální plán. Hospitalizace seniorského klienta s depresí však není vždy nutností, například pokud klient dobře spolupracuje a sám do jisté míry zvládá ovládat své myšlenky. V případě, že hospitalizace není aktuálně nutná, poskytuje sociální pracovník základní poučení o depresi a následných možnostech. Také klienta poučí o efektivitě celé léčby, následně pokračuje v setkáních podle stanoveného plánu, přičemž kontroluje situaci suicidálních myšlenek u klienta, zjišťuje, zda klient nezneužívá návykové látky a nastavuje monitoring stavu beznaděje. Důležitou součástí sociální práce s klientem s depresí je i komunikace s rodinou klienta a nezbytnost probrat s nimi možnosti reakce na nastalou situaci.<sup>48</sup>

Při sociální práci s klientem je vhodné podporovat vzájemný vztah ke klientovi pomocí základních přístupů. Mezi tyto přístupy patří vřelost, otevřenost, vzájemné respektování, opravdovost, blízkost, empatie a v neposlední řadě také profesionální přístup. Vždy je dobré podporovat vzájemné partnerství mezi pracovníkem a klientem, což je podstatné při spoluvytváření plánu spolupráce, společném hledání příčin potíží i následném řešení. Ačkoli bývá vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem často asymetrický, pokud si tuto skutečnost pracovník uvědomí, může následně pracovat na lepším zacházení s touto asymetrií. Partnerstvím je myšleno především to, že všichni zúčastnění mohou přinášet své nápady, hlediska i nabídky na následné řešení situace. Pracovník by také měl reagovat na aktuální situaci a stav klienta i na jeho potřebu spolupráce. Zároveň by měl budovat důvěryhodnost vzájemné spolupráce, kupříkladu vhodným zacházením s informacemi a individuálním, vlídným přístupem.<sup>49</sup>

Dobře postupující sociální pracovník pracující se seniorským klientem trpícím depresí má jako cíl nejprve dobře rozpoznat depresivní příznaky, zařadit je podle přehledu, zhodnotit stav i jeho závažnost a také zprostředkovat podle dané situace následnou intervenci. Měl by zvládnout první kontakt s klientem, navázat a následně udržet vztah i s dlouhodobě depresivním klientem, zároveň by měl během celé své

---

<sup>48</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 82

<sup>49</sup> MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str.98



práce s tímto klientem vhodně komunikovat, podle daných zásad, které se mohou osvědčovat u klientů s depresí.<sup>50</sup>

### 3.1. Přístup sociálního pracovníka

Práce pracovníka se seniorským klientem s depresí může být poměrně náročná. Klienty v této situaci můžeme vidět jako velice uzavřené do sebe, bez většího zájmu o kontakt, spolupráci v některých spíše krajních situacích mohou spolupráci odmítat i značnou mírou agrese. Stává se, že sociální pracovník pocítuje zvýšenou snahu klientovi pomáhat, obzvláště v případě, kdy je vidět, do jaké míry se klient trápí. Pak však může následovat i několikrát opakovaná vlna odmítání práce sociálního pracovníka, dochází mnohdy k jeho odhánění a následně se situace často mění ve fázi obav a přechází k zužování kontaktu, což však není pro funkční přístup ke klientovi a v rámci práce s ním zcela vhodné. Je tedy nutné, aby sám pracovník na sobě sledoval, zda se nezačíná kontaktu s depresivním klientem bránit a zda se těmto kontaktům nevyhýbá. Když pracovníkovi dochází síly, je potřeba tyto síly opět dodávat. Tím spíše, když mnohdy sociální pracovník věnuje práci s klientem hodně energie i sil a nemusí vždy cítit přiměřenou zpětnou vazbu, nemusí být také vůbec oceněn. Klient s depresí leckdy udává nejrůznější důvody, proč odmítá, aby s ním někdo pracoval či o něj pečoval, ať už mluví o tom, že žádnou péči nepotřebuje ani nebude potřebovat nebo, že si pomoc vůbec nezaslouží, tyto pocity souvisí s pocity viny a také tendence k sebetrestání, které patří k syndromům depresivního onemocnění. Důležité je, aby zde byla přítomná přiměřená část empatie ke stavu klienta, ale zároveň udržení hranic a postupné směřování k vymezenému cíli. Není vhodné klienta do čehokoliv nutit, ale postupovat formou nabídek a objasňování aktuální situace i jejích možných řešení, s pomocí správné komunikace.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 85

<sup>51</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 22

Je nezbytné, aby sociální pracovník u klientů s depresí, obzvláště u těch, kteří jsou pokročilého seniorského věku, stanovil dosažitelný cíl, ideálně takový cíl, který je jasně definovatelný a srozumitelný a je ho možné dosáhnout v kratším časovém intervalu. Také hraje velikou roli vlídné slovo, povzbuzování i pochvala.<sup>52</sup>

Léčba depresivního onemocnění může probíhat na úrovni biologické, psychologické i sociální. Biologická léčba, tedy léčba antidepresivy se v dnešní době zakládá na ovlivnění citlivosti receptorů, které se nacházejí v synaptických štěrbinách neuronů vzhledem k přenašečům nervového signálu. Je důležité klientům zdůraznit, že většina antidepresiv začínají své fungování až po druhém popřípadě třetím týdnu od nasazení. V rámci biologické léčby deprese je možné použít tricyklická antidepresiva, tedy klasická, která však nejsou vždy vhodná pro seniory, vzhledem k výraznějším vedlejším účinkům. Vedlejší účinky mohou mít nepříznivý vliv například na kardiovaskulární systém. Existují však i modernější formy antidepresiv, s mírnějšími vedlejšími účinky, které kupříkladu působí jako inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Za velice úspěšnou formu léčby je považována kombinace biologické a psychologické léčby. Při psychologické léčbě se často využívají dva typy psychoterapie. První formou je dynamicky orientovaná psychoterapie, která se zaměřuje na vymezení osobního významu člověka a zároveň souvislostí depresivního onemocnění. Další častou formou psychoterapie, využívanou pro práci s lidmi trpícími depresí je kognitivně – behaviorální terapie, která se věnuje myšlení a jeho vlivům na spouštění fáze deprese, zároveň pracuje se způsoby chování a monitorováním symptomaticky. Sociální léčba se zaměřuje na práci se sociálními vztahy, protože dobré sociální vztahy klienta mohou fungovat jako významný ochranný faktor na rozdíl od konfliktů, které leckdy působí jako faktor nastávajícího rizika. Sociální pracovník se také při práci s depresivním klientem věnuje psychoedukační činnosti, zde se hojně pracuje krom samotného klienta i s jeho nejbližším okolím a rodinou. Podstatné je aby se sociální pracovník zaměřil i na pravidelnost denních aktivit u klienta, jeho denní aktivity i pravidelnost jeho medikace. Práce s rodinou se může konat jak v domácím prostředí klienta, tak i v rámci skupiny,

---

<sup>52</sup> KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9. Str. 37

pracovník se věnuje, krom psychoedukace například zlepšení mezilidské komunikace popřípadě změně komunikačního stylu i postupu při řešení problémů.<sup>53</sup>

Při práci s depresivním klientem je důležité, aby pracovník znal i možné důsledky, které mohou nastat, pokud je člověk s depresí léčen chybně nebo není léčen vůbec. Následky jsou totiž v takových případech opravdu značné. Především roste morbidita seniorů, dochází k častějšímu výskytu cévních mozkových příhod i akutních koronárních syndromů. Také dochází k tomu, že se sekundárně zvyšuje seniorská mortalita u osob, které nemají depresi léčenou - může docházet k cévní mozkové příhodě nebo infarkt myokardu. Celkově se zhoršuje kvalita seniorského života a v neposlední řadě se také zvyšují sekundární náklady na léčbu osob seniorského věku s depresí, která není diagnostikovaná nebo není správně a adekvátně léčená.<sup>54</sup>

Při úvodním kontaktu s depresivním klientem je dobré především navázat a následně udržet spolupráci, a to i v případě, že se klient chová odmítavě, je zde důležité být aktivní a vytrvat. U lidí, kteří mají depresi dlouhodobě, je vhodné, aby byl sociální pracovník empatický, zvládl naslouchat, přijímal stížnosti, o kterých klient mluví, snažil se reagovat na potřebu pochopení, vnímal naléhavost klientova stavu i jeho sdělení i pocitů. Při reagování na klientovy stížnosti je vhodné přednostně pochopit jeho stav a pocity a nikoli jen rychle vyřešit danou stížnost. Může docházet k situacím, kdy i přes přijetí společně sepsaných návrhů a plánů řešení depresivním klientem, nedochází k jejich naplnění. Klient častokrát není z nejrůznějších důvodů schopen i přes souhlas s postupem následně jednat. Pracovník zde musí mnohdy pracovat s neustále se opakujícím selháním, v takovém případě je vhodné vnímat klienta i s jeho potížemi s prožitím, odmítnutím, nebo kupříkladu s vyjádřením zlosti. Důležitou součástí postupu v takové situaci je i možnost dát klientovi trpícímu depresí větší prostor, aby mohl všechny své pocity prožít a měl čas je vyjádřit a zvládnout na ně reagovat. Není vhodné používat laické rady, týkající se překonání daného stavu nebo zapojení pevné vůle, protože se klient v takové chvíli může cítit ještě více nepochopen a dochází zde k selhání empatie. V rámci práce s klientem může pracovník například přechíst či vyjmenovat depresivní příznaky, společně s klientem dojít k tomu, že se jedná o nemoc

---

<sup>53</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 84

<sup>54</sup> LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2. Str.117

a jeho příznaky nejsou u deprese neobvyklé a zároveň ujistit klienta, že jeho příznaky neznamenaají, že je „divný“. Společně trávený čas pracovníka a klienta při seznámení se se symptomy depresivního onemocnění a naslouchání klientových pocitů může být důležitý při prohloubení důvěry. Také je podstatné nemít strach se klienta zeptat na suicidální myšlenky, či plány realizace sebevraždy, nebagatelizovat stížnosti na somatické potíže, vnímat důležitost prošetření ošetřujícím lékařem a také posoudit vhodnost krizové intervence.<sup>55</sup>

Při práci sociálního pracovníka s klientem s depresí je důležité překonávat bariéry, které se v rámci kontaktu s klientem čteně objevují. Zábrany se mohou objevovat jak na straně klienta, tak i na straně pracovníka. Ze strany klienta mohou nastat bariéry týkající se kupříkladu neochoty komunikovat, nedůvěry nebo obav, jakým způsobem bude nakládáno s osobními informacemi, které sociálnímu pracovníkovi poskytuje. Především u seniorů mohou být zábrany čtenější i z toho důvodu, že pro jejich generaci bylo mnoho témat tabuizovaných a nebylo běžné o nich hovořit. To se může týkat intimních záležitostí, ale i nepříjemností v rámci rodiny nebo osobní finanční situace. V takovém případě je vhodné předem klientovi sdělit a domluvit se s ním, jakým způsobem bude následně s informacemi nakládáno. Pokud pak klient mluví s pracovníkem otevřeně, může mezi nimi vznikat poměrně silné pouto. Následně pak lze začít probírat i závažná či nepříjemná témata. Mnohdy se však bariéra při komunikaci ze strany klienta může objevovat jen vůči jednomu konkrétnímu pracovníkovi, na základě špatné zkušenosti nebo špatně fungujícího vzájemného vztahu. Je zde podstatné brát v potaz i to, že s obtížemi, které s sebou nese depresivní onemocnění, může klesat i ochota udržovat společenskou rovinu komunikace nebo více spolupracovat. To se může dít i při přílišném stresu, únavě nebo nervozitě. Co se týče bariér ze strany sociálního pracovníka, zde je asi nejčastějším problémem strach z otevírání závažnějších témat, jako je stárí, smrt a umírání či vážná onemocnění nebo osobní bariéry a potíže s probíráním některých témat intimnějšího charakteru. Další zábrana nastává v momentě, kdy má pracovník potíže s konkrétním seniorským klientem, například z důvodu špatných předchozích zkušeností a též pokud nemá sociální pracovník na klienty vyhrazený dostatek času. Bariéry nastávají z různých důvodů, je

---

<sup>55</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 86

však vždy potřeba s nimi pracovat a postupně se snažit je i s pomocí důvěry, trpělivosti i tréninku, úsilí a vzájemného pochopení odstraňovat.<sup>56</sup>

### 3.2. Komunikace s klientem trpícím depresí

Při komunikaci se seniorskými klienty je vhodné brát vždy v úvahu, ve které fázi stárí se klient nachází, protože každé věkové období člověka má svá specifika. Tato specifika se během narůstajících let a tedy především v seniorském věku jen zvětšují, je tedy podstatné oddělovat rozdílnost kalendářní a biologický věk i u seniorů. Tím je myšleno, že můžeme v rámci práce s klienty potkat seniora, který je pasivním příjemcem služeb i pomoci, tedy kupříkladu mladého důchodce, ale zároveň se můžeme setkat se seniorkou či se seniorem, který je i přes narůstající věk velice aktivní, má mnoho práce a příliš se nevyskytuje doma. Odlišností je tedy i v rámci seniorského věku mnoho a je podstatné přihlížet k individuálním odlišnostem a individuálnímu životnímu stylu, přesto však v některých situacích můžeme problematiku komunikace se seniorskými klienty a běžnou problematiku stárnutí zobecnit.<sup>57</sup>

Je také velice podstatné brát v potaz individuální schopnosti seniorských klientů vnímat přijímaný obsah sdělení. Existují zde nejrozumnější činitelé, kteří tuto schopnost ovlivňují, jako jsou například fyzické a psychické změny nebo i změny psychosociální. Také však existují činitelé, kteří mají vliv na přímé dekódování obsahu sdělení, sem lze zařadit kupříkladu aktuální psychický i fyzický stav klienta, vzdělání klienta i jeho zaměření, také předchozí zkušenosti nebo temperamentové i charakterové vlastnosti seniorovy osobnosti a ochota spolupracovat. Dalšími faktory jsou i ty, kteří ovlivňují schopnosti vytvářet nová sdělení nebo též reagovat na původní informaci, jako je schopnost slovní produkce, kognitivní změny u klienta, pojmový aparát, subjektivní vnímání přijímaného obsahu pojmů nebo věkové zvláštnosti epizodické a sémantické paměti. Všechny tyto

---

<sup>56</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 75

<sup>57</sup> MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str.107

činitele lze zařadit k determinantům sociální interakce se seniorskými klienty v rámci procesu komunikace.<sup>58</sup>

Správná komunikace je velice důležitá při každém rozhovoru sociálního pracovníka s klientem s depresí. Existuje několik zásad, díky kterým může být rozhovor úspěšnější. Jednou ze zásad pro správnou komunikaci je vyhrazení dostatečného množství času a značná trpělivost ze strany pracovníka, důležitou roli hraje i srozumitelnost, kterou si pracovník může snadno ověřit otázkami o porozumění klienta, zároveň by jeho mluva měla být klidná, jasná a přehledná. Sociální pracovník by měl být při rozhovoru aktivní, protože seniorský klient s depresí může často během rozhovoru mlčet a zaujímat postoj spíše pasivní. Je dobré ukazovat klientovi zájem, aby během společně tráveného času necítil lhostejnost. Další zásadou je i přijetí zpomaleného vnímání času. Seniorští klienti trpící depresí mohou mnohdy přejít v pláč nebo v daný moment nemusí být schopni pokračovat v rozhovoru. V takovém případě je důležité klienta nenutit, aby přestal plakat, ale naopak chvíli počkat, aby své pocity nemusel zadržovat.<sup>59</sup>

Je podstatné během komunikace zajistit prostředí bezpečí i jistoty či porozumění a primárně mířit svá slova ke klientovi nikoli k jeho případnému doprovodu, což by klient měl v rámci rozhovoru poznat. Pracovník by měl pamatovat na komunikační styl naslouchající osoby a přizpůsobit se mu v rámci svého projevu. Je samozřejmé, že se sociální pracovník zcela vyhne pejorativně zabarveným pojmům i vulgarismům, případně se vyhne i neefektivním či potenciálně neefektivním komunikačním prostředkům a stylům, kam můžeme zařadit profesní žargon nebo elderspeak. Namísto toho je možné i vhodné využít efektivních komunikačních technik, kupříkladu technik aktivního naslouchání, někdy lze využít eufemismy, ale nikdy jako manipulativní prostředek nebo prostředek úplného změnění významu, zároveň není vhodné využívat slovní vatu, slova, jejichž významem si sociální pracovník není jistý nebo neurčité slovní pojmy. Též je vhodná snaha o kongruenci, tedy o sjednocení jak neverbálních, tak i verbálních projevů. Sociální pracovník by při komunikaci se seniorem s depresí

---

<sup>58</sup> POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. Str.54

<sup>59</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 87

neměl zapomínat na svou profesní roli i cíl, kterého by chtěl v rámci komunikace dosáhnout a postupovat právě na základě tohoto stanoveného cíle.<sup>60</sup>

Při práci s klientem je podstatné dodržovat stejnou a vhodnou vzdálenost od idealizace i od agrese. Není vhodné používat přístup přehnané idealizace. Přehnaná idealizace může zároveň zvyšovat znehodnocení a podporuje se tak snížené sebevědomí člověka. Je vhodné domluvený postup, na kterém pracovník s klientem pracuje v rámci rozhovoru vypisovat přehledně a ideálně v bodech na papír. Klient si následně sepsaný postup může odnést, což mimo jiné podporuje jeho jistotu, že zvládne jednat sám. Během rozhovoru je důležité snažit se vyjádřit dostatečné pochopení vůči klientovi, ale zároveň si udržet hranice a neodvracet se od stanoveného cíle směřujícího na řešení nastalé situace. Klienta je dobré povzbuzovat, aby vydržel, ale nikoli, aby depresivní stav, který prožívá, překonal, není vhodné vyvracet beznaděj a bezvýchodnost, které prožívá a jeho stížnosti na nejrůznější životní potíže, ale lze s klientem popisovat následný postup a bezprostředně navazující kroky. Zároveň je vhodné vnímat, jakou má důležitost týmová práce, medicína, společně s psychoterapií, ať už jde o práci s odmítáním, agresí nebo kupříkladu s umocněním truchlení, společně s vlivem chráněných podmínek. Podstatné je tedy nastolení dostatečné důvěry, vhodný, zřetelný i srozumitelný projev a také zachování stanoveného cíle během celého rozhovoru se seniorským klientem, který trpí depresí.<sup>61</sup>

Tempo řeči by mělo být nastaveno tak, aby bylo dostatečně plynulé, ani příliš pomalé, ani moc rychlé, protože by mohlo dojít k selektivnímu ignorování ze strany naslouchajícího seniorského klienta, komunikačnímu zahlcení nebo úplné neschopnosti porozumět. Pokus si pracovník není zcela jist reakcí či odpovědí na otázku, je lepší chvíli mlčky přemýšlet a následně odpovědět s mírnou prodlevou, zároveň je vhodné efektivní zpětnou vazbou identifikovat míru klientova pochopení a vyhýbat se automatizovaným myšlenkám. Pokud klient odpovídá, nemělo by docházet k intruzím, tedy ke vstupování do jeho projevu ještě před ukončením vyslovené myšlenky. Může se stát, že klientově sdělení nebude zcela možno porozumět, v takovém případě by

---

<sup>60</sup> POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. Str.24

<sup>61</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 87

pracovník neměl mít obavy a měl by požádat o objasnění či opakované vysvětlení, to je vždy lepší variantou, než si domýšlet vlastní obsah sdělení, který se nemusí zakládat na pravdě. Jednou ze základních zásad při komunikaci s klientem je i pamatování na váhu svých slov, tedy, když pracovník něco vysloví, nelze to již vzít zpátky a i z toho důvodu je dobré neříkat hned první nahodilé nápady, ale obsah sdělení si vždy předem promyslet.<sup>62</sup>

V rámci práce se seniory trpícími depresí je nezbytné, aby se sociální pracovník vyvaroval některých chyb ve svém přístupu ke klientům. Mezi nejčastější chyby patří například bagatelizace. Jedná se o zlehčování klientova problému či obtížné situace. Depresivní senior následně propadá dojmům, že jeho situaci nikdo nerozumí a ztrácí důvěru, že pocítí pochopení ze strany druhých. Další z chyb je nucení klienta k rozhodování. Náhlý pohled do budoucnosti a donucení k rychlé reakci nikterak nepomáhá klientově současné situaci a uvádí ho do stresové situace. Dalším pochybením je, doporučování nových aktivit jako jediné řešení klientova depresivního onemocnění. Dosahuje se tím toho, že se zvýší nároky na adaptaci a nemocný seniorský klient se přetěžuje, mnohdy ani není schopen se nových aktivit zúčastnit. Mezi chyby patří i přílišné rozkazování, přejímání veškeré odpovědnosti za klientovu situaci nebo příliš vysoká míra liberálnosti, kupříkladu ponechání řešení potíží klienta s depresí, který není schopen zvládat běžné denní činnosti, zcela na něm. Je vhodné, aby měl pracovník přehled o denních aktivitách, které by měl klient zvládat, o dodržování zajišťování potřeb, dostatečné péče o hygienu, střídání odpočinku a následné aktivity a měl by mít přehled i o tom, zda dochází k dostatečnému dennímu stravování. Pokud kupříkladu dochází k výraznějšímu narušení spánkového režimu, řeší se tato situace v první řadě formou nefarmakologické podpory a doporučení, týkajících se pospávání během dne. Stává se, že z počátku dochází k odmítání ze strany klienta i přesto je vhodné pokračovat ve snaze o navázání kontaktu. Klient může následně pocítit potřebu a přání hovořit o svých potížích a starostech, v takovém případě pomáhá pracovníkova snaha trpělivě naslouchat a místy vyjadřování pochopení s jeho pocity. Velice nevhodný je jakýkoliv apel na silnou vůli, kterou by měl klient mít. Klient v rámci depresivního onemocnění většinou není schopen ze své strany větší aktivity, i kdyby sebevíce chtěl.

---

<sup>62</sup> POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. Str. 25



Nejprve je tedy důležité, aby došlo k odeznění depresivních příznaků, přičemž je nezbytné, aby pracovníci měli stále na paměti riziko suicidálního jednání, které toto onemocnění s sebou přináší. Senioři jsou v tomto ohledu jednou z vysoce ohrožených skupin.<sup>63</sup>

Při práci s klientem je, jak již bylo zdůrazněno, velice důležité, aby sociální pracovník nastolil a udržel hranice mezi ním a jeho klientem. Jedná se o jednu z nejdůležitějších součástí, za kterou zodpovídá sociální pracovník, pro správnou práci s klientem a úspěšnou komunikaci. Jedny z hranic jsou ty, které existují v rámci času a prostoru. Jedná se tedy o fyzické hranice, které udávají základní rámec mezi sociálním pracovníkem a jeho klientem. V prostoru, ve kterém se spolu setkávají, má každý z nich vymezené a určené své místo, pokud se nezaměřujeme na návštěvy u klienta doma a měl by zde fungovat základní respekt osobních zón i osobního prostoru toho druhého. Do tohoto prostoru by ani z jedné strany nemělo být nevhodně zasahováno. Čas, který spolu stráví pracovník a klient by měl být předem jasně stanoven, sociální pracovník by měl dbát na dochvilnost, stejně tak i časová organizace ze strany klienta by měla být přesná, což však v mnohých případech u seniorských klientů s depresí může být složité. Hranice, které jsou mezi oběma stranami nastaveny, jsou zde i z důvodu ochrany všech zúčastněných a snahou pečovat o prostor, ve kterém ke společné komunikaci a práci dochází, přičemž tyto hranice lze vyjádřit jak způsobem zacházení s informacemi, tak i způsobem vzájemného přístupu, způsobem chování nebo individuálního respektu klienta i sociálního pracovníka. Dalším typem hranic jsou hranice pomoci a kontroly. Jedná se o profesionální práci, která by měla být založena na partnerství mezi zúčastněnými, realizace však není jednoduchá. Vzhledem k tomu, že seniorský klient trpící depresí, přichází s potřebou pomoci, čímž automaticky vzniká jistá asymetrie vzhledem ke straně sociálního pracovníka. Pokud je klient dlouhou dobu odkázaný na pomoc pracovníků, může tato asymetrie narůstat a vytvářet jakési pocity převahy u pracovníků. Může zde docházet k postupnému zneschopnění klienta, protože pracovník mívá zpravidla lepší přehled i orientaci v obtížené situaci a volí způsob, jakým by mohla být tato situace řešena. Klient může vyžadovat od sociálního pracovníka jen hotová řešení, vnímat ho jako experta a předávat veškerou zodpovědnost za neúspěch či

---

<sup>63</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 23

úspěch právě na pracovníka. Proto je nezbytné, aby byly hranice stanoveny hned na začátku společných setkání. Pomáhá k tomu i objednávka neboli zakázka, která je v počátku vytvořena. Pracovník pak nabízí možnost, jakým způsobem by šlo tuto objednávku realizovat a ponechává svému klientovi kompetence, jakou cestu při dosahování cíle zvolí. Také je podstatné společné dojednání účasti sociálního pracovníka na celé realizaci. Pracovník může klienta informovat, doprovázet v těchto těžkých životních situacích, využít svého vzdělání i zkušeností či kupříkladu pracovat v rámci poradenství.<sup>64</sup>

Je třeba také myslet na mnoho bariér, které se v rámci komunikace se seniorskými klienty s depresí vyskytují. Tyto bariéry mohou být interního i externího charakteru. Mezi komunikační bariéry interního charakteru lze zařadit takové překážky, které vyplývají z aktuálního prožívání nebo zdravotního stavu jedince, případně také z jeho schopností a dovedností. Sem patří negativní emoce, jako je zlost či strach, také výraznější obava z neúspěchu, překážky z hlediska osobního postoje, jako je například xenofobie, dále nepřipravenost, nepohodlí a v neposlední řadě právě ono depresivní onemocnění, jež klienta trápí. Mezi externí bariéry lze zařadit takové momenty a situace, které jsou dané zevním prostředím i jeho uspořádáním. Externí bariérou je hluk nebo šum, neschopnost naslouchat, jakékoliv vizuální rozptylování, přílišné komunikační zahlcení nebo i moment, kdy dojde k vyrušení druhou osobou. Existují i další druhy a rozdělení bariér při komunikaci se seniorským klientem, například lze vidět bariéry psychosociální, kognitivní či fyzické, bariérou může být i nejrůznější porucha či poškození funkcí. Dejme tomu, že má klient potíže s orientací, problémy týkající se vizuálních funkcí, potíže, které jsou spojené s jakoukoli poruchou řeči, či způsobené jako důsledek cévní mozkové příhody nebo i spojené se senzorickou deprivací. Ve všech těchto případech lze očekávat navození komunikačního bariér mezi sociálním pracovníkem a jeho klientem, u něhož dochází k násobnému ztížení situace, protože zde probíhá ono depresivní onemocnění a zároveň další onemocnění nebo porucha.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str.99

<sup>65</sup> POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8. Str.53

### 3.3. Prožívání sociálního pracovníka

V mnohých případech již během přípravy na povolání sociálního pracovníka může vznikat představa či přesvědčení, že dobře vykonávaná a profesionální práce s klienty s sebou automaticky nese ústupky, potlačování svých osobních potřeb, adaptování se na jakoukoliv zátěž a především představa, že kvalitní sociální pracovník by na sobě neměl dát nic znát. Citlivější jedinci mohou mít během práce pocit, že nepracují dobře, pokud se jim nedaří překovávat i výrazně silný stres a mnohdy se i profesionální a úspěšní sociální pracovníci mohou i přes své pracovní přetížení a řešení náročných situací zdráhat přijmout jakoukoli profesní podporu, vedenou kupříkladu formou supervize. Je zde několik důvodů, proč se tyto situace objevují. Velice často dochází k příliš velkému očekávání ze strany pracovníka, které má sám k sobě. Zároveň se může jevit, že organizace, ve které je pracovník zaměstnat preferuje pouze silné a absolutně bezproblémové pracovníky. Dalším důvodem mohou být i předpoklady ze strany společnosti, která si může pracovníka spojovat se silným pomáhajícím profesionálem za každé situace. Dále se může stát, že se u sociálního pracovníka projeví problematika týkající se přijímání pomoci od druhých, ale vliv mohou mít i působení profesní nebo rodinné výchovy. Při práci se seniory v rámci pomáhajících profesí nebývá o stres nouze, především při řešení nejrůznějších problematických situací, což sama práce s klienty vyššího věku s depresí bezpochyby je. Pracovník může cítit obavy o osud klienta, o dobře zvládnutou práci, klientovo bezpečí či obavy týkající se přímého konfliktu s klientem. Vliv na zesílení stresové situace může mít i strach o pracovní pozici či obava z kritiky. Leckdy se u sociálních pracovníků projevují pocity frustrace, které jsou způsobeny kupříkladu nedostatkem uznání, ocenění za kvalitně odvedenou práci nebo příliš malé až neviditelné pokroky u klientů. Mnohdy u sociální práce se seniory může zcela chybět stav viditelného, úplného uzdravení klienta, s tímto stavem se spíše setkávají v rámci svého povolání zdravotní pracovníci. V rámci sociální práce se seniorskými klienty je tedy velice důležitý osobní pocit smysluplné práce. Také je nezbytné, aby pracovník neočekával u klientů za každou cenu zásadní změny, žil v současnosti, akceptoval a vyrovnal se s tím, že pokud pracuje se seniory, jde v první

radě o zkvalitnění klientova dosavadního života, přičemž mohou následovat mírná nebo také přechodná zlepšení stavu.<sup>66</sup>

Klienti v depresi mohou v mnohých případech u sociálních pracovníků vzbuzovat pocit, že jsou jediní, kteří mu mohou pomoci, pracovník se pak stává objektem až přílišné idealizace, což pro sociálního pracovníka nemusí být vždy nepříjemné, nicméně se zároveň jedná o velice náročnou situaci. Klient s depresí může také vzbuzovat soucitné pocity, to především u lehčích depresivních příznaků, zde je důležité dodržovat, i přes míru pochopení, profesionální hranice a udržovat jistý pracovní nadhled. U lidí, kteří pracují s klienty, se leckdy výrazněji projevuje takzvaná depresivní složka, což není žádný projev klinické deprese, nýbrž se jedná o rys osobnosti. Tato depresivní složka je totiž spojená se snahou o opravu a celkové zlepšení života svých klientů. Pracovníci mohou mít v takových případech vědomé i nevědomé pocity viny, které mohou vést k příliš vysokým očekáváním jak u sebe, tak i vzhledem ke kolegům, zároveň může sociální pracovník pociťovat častou vinu, kupříkladu z toho, že může klientovi ublížit nebo že nebude vůbec schopen depresivnímu klientovi pomoci. Může zde tedy docházet k přílišnému kolísání mezi vlastním velikým až neúměrným pracovním nasazením a pocity neúspěchu či zmaru, také si pracovník může příliš idealizovat psychoterapeutické služby. Je dobré, aby byl sociální pracovník dopředu připravený na to, že se u něj mohou dostavit pocity smutku, viny, občasné beznaděje, může cítit, že by toho měl více zvládat, být ve větší míře nápomocný nebo být aktivnější. V případě, že se v rámci vlastního života potýká s depresivním prožíváním nebo řeší aktuálně vážnou životní situaci, kupříkladu vážnou osobní ztrátu, měl by v rámci vlastního zhodnocení situace a profesionálního sebehodnocení klienta s depresí raději přenechat kolegovi, který se s podobnými problémy aktuálně nepotýká. V takovém případě se nejedná o selhání pracovníka, ale jeho racionální řešení situace v zájmu klienta.<sup>67</sup>

Je potřeba, aby nedocházelo k překračování hranic profesionálního vztahu mezi sociálním pracovníkem a jeho klientem. K takovému překračování hranic může

---

<sup>66</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 82

<sup>67</sup> PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Str. 88

docházet dvěma různými způsoby. Zaprvé dochází k přílišné otevřenosti, potlačování potřeb, které má pracovník a posouvá se pracovní vztah ke klientovi k osobnímu přátelství. K něčemu takovému dochází kupříkladu, když pracovník cítí, že by jeho osobní zkušenost mohla pomoci klientovi nebo by ho mohla motivovat a na takovém základě poskytne klientovi až příliš osobních informací. Často ale dochází i k nereálnému očekávání a idealizaci. Sociální pracovník může prožívat velkou angažovanost, překračuje tedy hranice i tím, že klientovi nabízí jakoukoliv nadstandartní pomoc nebo mu kupříkladu může půjčovat peníze či se mu věnuje ve svém volném čase. Toto překračování profesionálních hranic se leckdy mění ve velice problematickou situaci, změní se zde i styly chování a lze očekávat i to, že klient může postupně zvyšovat své nároky. Druhým typem překročení profesionálních hranic je využívání moci nad klientem, což je nadmíru závažné. Pracovník by měl tedy vždy jednat profesionálně a měl by si uvědomovat důležitost udržení hranic, což přispívá kupříkladu i k efektivitě práce, přičemž samozřejmě záleží i na charakteristice seniorského klienta, na zakázce a na jeho schopnosti přijmout odpovědnost za danou situaci.<sup>68</sup>

Existují způsoby a metody, díky kterým se sociální pracovník, který pracuje se seniory, může naučit lépe zvládat pracovní nasazení i stres, který z některých situací vychází, také může efektivně předcházet syndromu vyhoření. Základním bodem, na který by pracovník měl myslet i mimo pracovní dobu je dostatek péče, kterou věnuje sám sobě a dodržování zdravého životního stylu. Pracovník by neměl zapomínat na dostatek či kvalitu mimopracovních aktivit, kupříkladu dostatek sportu, kultury či společenských nebo rodinných aktivit. Práce by neměla zasahovat do osobního života sociálního pracovníka a také by si jí pracovník neměl odnášet po pracovní době domů.

Vnímat potřeby vlastního života je jednou z nejdůležitějších prevencí syndromu vyhoření i nadměrné pracovní zátěže. Dalším podstatným bodem je kvalita sociální opory. Vzhledem k tomu, že mezilidské vztahy vytváří zázemí v náročných chvílích a jsou pracovníkovi oporou, jsou k horšímu snášení náročných pracovních situací i syndromu vyhoření náchylnější lidé, kteří na základě své práce či pro přílišnou pracovní angažovanost omezují vztahy, jak rodinné, tak i přátelské. Zároveň je důležitý

---

<sup>68</sup> MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. Str.100

dostatečný kontakt s kolegy, se kterými je možno řešit aktuální profesní záležitosti i kontakt s profesními skupinami či kupříkladu vazba na odborné nebo vzdělávací skupiny, což může dopomoci udržet krok v náročné pracovní oblasti. V neposlední řadě hraje velkou roli na pracovníkovo prožívání i jeho duchovní smýšlení, ať už je jakékoliv. Pro lepší zvládnutí náročné profese, jako je sociální práce se seniory může napomoci i profesní rozvoj. Důležitý je rozvoj komunikace, vědomostí i informovanost o aktuálních metodách, péče o pracovní prostředí nebo stálé zefektivňování práce sociálního pracovníka. Je nezbytné, aby sociální pracovník, který se věnuje práci se seniory trpící depresí, vnímal své duševní potřeby a také neztrácel nadhled a duševní pohodu i zdraví.<sup>69</sup>

Sociální práce se seniorskými klienty s depresí není vždy snadná, právě proto by měli být pracovníci, kterých se tato problematika v rámci práce týká, připraveni na situace které mohou nastat. Měli by také umět s klienty dobře a efektivně pracovat a komunikovat. Je důležité, aby vnímali klienta jako jedinečnou a neopakovatelnou bytost a vždy postupovali individuálně a s porozuměním. Zároveň je podstatné, aby byl každý pracovník ukotvený v realitě, měl jasné hodnoty, kterými se řídí. Vždy by si měl uvědomovat velkou odpovědnost, kterou má vzhledem ke klientům, ale i sám k sobě a v neposlední řadě by měl sociální pracovník nabízet klientovi dostatečně profesionální i lidský přístup.<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5. Str. 83

<sup>70</sup> HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7. Str.100

## **4. Průzkumné šetření**

V rámci průzkumného šetření bakalářské práce s tématem Deprese u seniorů z pohledu sociální práce se zaměřuji na řízené rozhovory v rámci kvalitativní metody. Shromažďovala jsem od respondentů, kterými byli sociální pracovníci/pracovnice pracující se seniorskými klienty, dostatek informací a dat pro vypracování a analýzu výsledků.

### **4.1. Metodika průzkumu**

Tento průzkum je vypracován kvalitativní metodou. Zaměřovala jsem se na shromažďování informací, které se týkaly depresivního onemocnění a na individuální pohled na tuto problematiku ze stran sociálních pracovníků. Respondenti a respondentky byli vybráni na základě předem stanovených požadavků a snažila jsem se o důsledné dodržování zásad anonymity. S každým z respondentů jsem se sešla v místě jeho pracoviště a prováděla individuální řízené rozhovory, abych získala potřebná data pro následné vyhodnocení průzkumu.

V rámci kvalitativního průzkumu je zachycován komplexní vědecký obraz, informuje o nejrozličnějších názorech účastníků průzkumného šetření, analyzuje různé typy textů a provádí též zkoumání v přirozených podmínkách. Jedná se tedy o proces porozumění, který je založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného lidského nebo sociálního problému. Na začátku průzkumu byla podstatná samotná příprava otázek a především tématu celého průzkumu. Otázky je pak možno doplňovat a modifikovat v průběhu celého průzkumného šetření, během procesu sběru i analýzy dat. V průběhu průzkumu mohou vznikat krom otázek i nové hypotézy a další možná rozhodnutí, jakým možným způsobem modifikovat dříve zvolený plán a jak dále pokračovat při sběru dat i jejich analýze. Osoba, provádějící průzkum se věnuje vyhledávání a analýze jakýchkoliv informací, jež následně přispívají k osvětlování průzkumných otázek a též provádějí induktivní a deduktivní závěry, též pracuje přímo v terénu, kde se něco děje, seznamuje se a poznává nové lidi. Volí a vybírá na základě vlastních úvah jedince i místa, která následně sleduje v různých časových okamžicích.

Celý proces analýzy i sběru dat se koná současně, dochází tedy k tomu, že člověk, který provádí průzkum, sbírá data, provádí jejich analýzu a na základě výsledků se pak rozhoduje, která data využije a potřebuje a začne opět se sběrem dat i s analýzou. Během celých těchto cyklů dochází k přezkoumávání domněnek a závěrů. Osoba, provádějící průzkumné šetření též ověřuje popisnou, také interpretační nebo teoretickou validitu svých výsledků. Výhodou metody řízených rozhovorů je lepší porozumění zkušenosti. <sup>71</sup>

Hlavní skupina metod sběru dat v rámci empirického průzkumu je tvořena nasloucháním vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí. Obecně celé dotazování obsahuje nejrůznější typy dotazníků, rozhovorů, škál i testů, které je možno v rámci metod kombinovat nebo také použít samostatně. Pro tento průzkum je použita metoda rozhovoru, který má podobu polostrukturovaného dotazování. Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje především předem definovaným účelem, danou osnovou, ale také velkou mírou pružnosti v rámci celého procesu získávání informací. <sup>72</sup>

V rámci přípravy na průzkumné šetření provedené formou řízených rozhovorů je podstatné mít připraveny okruhy, které určují, jaké zásadní informace je potřeba od respondentů získat.

Rozhovor je tedy připravován pomocí předem stanoveného návodu. Tento návod je představován seznamem témat, okruhů a otázek, které je potřeba v rámci následného rozhovoru probrat. Tento postup, který se opírá o zpracovaný návod, zaručuje, že se skutečně dostane na všechna témata, která jsou pro tazatele zajímavá. Je pak pouze na tazateli, jakým způsobem a také v jakém pořadí bude získávat informace, které mají osvětlit daný problém. Může též volně přizpůsobovat formulace svých otázek podle dané situace. Předem připravený návod pomáhá k zefektivnění celého rozhovoru, zjednodušuje jeho rozbor a srovnání a umožňuje co nejvýhodnější využití času, který

---

<sup>71</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6. Str. 48

<sup>72</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6. Str. 164



spolu v rámci rozhovoru tráví tazatel a dotazovaný. Jedná se tedy o velice výhodnou podobu, při které je dotazovanému respondentovi dovoleno uplatňování vlastní zkušenosti a perspektivy, ale též pomáhá udržet jasné zaměření celého rozhovoru.<sup>73</sup>

Řízené rozhovory tedy byly prováděny na základě předem vypracovaného a stanoveného návodu a práce probíhala s každým respondentem individuálně.

## **4.2. Popis a charakteristika respondentů**

Respondenty tohoto průzkumu jsou sociální pracovníci/pracovnice, kteří pracují se seniorskými klienty. Jedná se o 6 osob, z toho je pět žen a jeden muž. Věková kategorie respondentů se rozkládá mezi 29-56 lety.

Všichni respondenti mají absolvovaný akreditovaný obor sociální práce na vysoké škole nebo na vyšší odborné škole. Každý z nich pracuje se seniory na pozici sociální pracovník. Z hlediska zachování anonymity a etiky jsou všichni respondenti označováni pouze prvním písmenem jejich křestního jména.

Respondentka č. 1 - sociální pracovnice L. vykonává svou profesi v rámci domova pro seniory. Respondentka č. 2 - sociální pracovnice K. tuto pozici zastává v domově se zvláštním režimem a v denním stacionáři. Respondent č. 3 - sociální pracovník A. zastává pozici sociálního pracovníka v rámci odlehčovací služby. Respondentka č. 4 - sociální pracovnice M. pracuje v rámci sociálního oddělení domova pro seniory. Respondentka č. 5 - sociální pracovnice E. vykonává svou pozici sociální pracovnice v domově pro seniory. A respondentka č. 6 - sociální pracovnice S. zastává stejnou pozici v odlehčovací službě i domově se zvláštním režimem. Všichni respondenti jsou na své pozici delší období než je jeden rok a zároveň mají kolem sebe tým dalších pracovníků, kteří jsou zaměstnáni v jednotlivých sociálních zařízeních. Někteří z respondentů jsou jedinými sociálními pracovníky v rámci sociální služby, jiní, pracující především ve větších sociálních zařízeních, mají v rámci týmu i více kolegů na

---

<sup>73</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6. Str. 174

stejně pozici. Pět respondentů pracuje pro státem zřízenou sociální službu, jeden respondent práci vykonává v sociálním zařízení spravovaném církevní organizací.

Každý z respondentů tedy aktuálně pracuje na pozici sociální pracovník, věnuje se práci s klienty seniorského věku, pravidelně si doplňuje vzdělání, každý svůj pracovní den tedy přichází do styku se seniory a komunikuje s nimi, případně i s jejich rodinami, což mají i v náplni práce. Tím pádem splňují podmínky pro jejich zařazení do tohoto průzkumu.

### **4.3. Cíl kvalitativního průzkumu**

Cílem tohoto průzkumu je zajištění dostatečného množství informací a dat získaných od jednotlivých respondentů pomocí řízených rozhovorů a jejich následná analýza.

Je tedy podstatné objektivně zmapovat a objasnit problematiku deprese u klientů seniorského věku a to z pohledu sociálních pracovníků, kteří s těmito klienty pracují. Také je cílem zjištění individuálních postojů, názorů a zkušeností sociálních pracovníků pracujících se seniory, zjištění, zda se sociální pracovníci setkávají v rámci své práce se seniory, kteří trpí depresí, dále zjištění jejich osobního vnímání problematiky deprese u klientů. Snažím se též zjistit, zda vědí, jak tomuto problému předcházet nebo zamezit a jakým způsobem jsou v této problematice vzdělávání, pokud vůbec jsou. A v neposlední řadě je též cílem tohoto průzkumu zjištění, do jaké míry funguje psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory, ve kterých respondenti pracují a zda by uvítali její navýšení či zefektivnění pro jejich lepší práci s klienty.

### **4.4. Interpretace výsledků průzkumu**

Interpretace výsledků z řízených rozhovorů je řazena dle vypracovaných témat/okruhů. Mezi tyto okruhy průzkumu patří zkušenosti sociálních pracovníků s depresivním onemocněním u klientů, postupy a metody práce se seniorskými klienty s depresí,

vzdělání sociálních pracovníků v problematice deprese u seniorů, rizika deprese u seniorů, prevence deprese z pohledu sociálních pracovníků a psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory.

#### **4.4.1 Zkušenosti s depresivním onemocněním u klientů**

Z celkového počtu šesti respondentů odpovědělo všech šest sociálních pracovníků/pracovnic, že se v rámci své práce již někdy setkali s klientem seniorského věku, který trpí depresí. Přičemž pět respondentů uvedlo, že se s depresí u klientů setkává velice často, až běžně. Jak uvádí i respondentka K.: „*Ano, vzhledem k vážnosti onemocnění klientů se s klienty s depresí setkávám běžně.*“ nebo také respondentka L. uvádí: „*Ano, setkávám. S klienty trpící depresí se setkávám v rámci mé práce každý den.*“ Šestý respondent uvedl, že je pro něj těžké depresi u klientů rozpoznat, protože mnohdy není diagnostikovaná lékařem a je také maskovaná symptomy jiných onemocnění, ale že se domnívá, že se s klienty, kteří trpí depresí, setkává. Zkušenosti s depresivním onemocněním u klientů tedy mají v různé míře všichni dotázaní.

#### **4.4.2 Postupy a metody práce s klienty s depresí**

V rámci tohoto okruhu bylo důležité zjistit, zda pracovníci vědí, jakým způsobem při práci s klienty s depresí postupovat. Zda mají nějaké vlastní metody nebo postupy práce s těmito klienty.

Odpovědi respondentů byly často ovlivněné typem sociální služby, ve které byl sociální pracovník zaměstnán. Například respondentka K. pracující v domově se zvláštním režimem a v denním stacionáři pro seniory vzhledem k metodám a postupům uvádí: „*Doufám, že s klienty s depresí umím správně postupovat. Výhodou při práci s těmito klienty je individuální péče, znát vždy individuální životní biografii klientů, díky čemuž lze předcházet nepříjemným situacím. Snažím se mít vždy podrobné informace a čerpat ze zkušeností, k tomu také pomáhá dotazník pro rodiny a pečující, který mám vypracovaný ve složce každého klienta. Je důležité se snažit depresi u klientů předcházet a snažit se udržet klienty v psychické i celkové pohodě.*“ Je tedy zřejmé, že

respondentka pokládá za důležitou individuální práci s klienty i s jejich rodinami a získání dostatku informací. Respondentka L. se domnívá, že při práci s klienty s depresí je podstatné navodit vzájemnou důvěru, být s těmito klienty v co nejčastějším kontaktu, komunikovat/hovořit s nimi a umět je správně a vhodně motivovat. K tomuto pohledu má blízko i respondentka M., která se při práci s klienty též zaměřuje na správnou formu komunikace a na další metody, které se naučila.

Respondent A. má na problematiku práce s klienty s depresí jiný pohled, uvádí: „*Přiznám se, že občas nevím, jak s klienty s depresí a v některých takových obtížných situacích postupovat. Nemám pro to žádný typický postup, ani žádný takový neznám.*“. Z jeho reakce v rámci rozhovoru bylo patrné, že si není jistý, jak má v některých situacích s klienty s depresí jednat a že to považuje za problém. Respondentka E. je toho názoru, že při postupu práce s klienty s depresí vždy záleží na dané situaci, důležité je komunikovat s klienty a s jejich rodinami a uvědomovat o aktuální situaci klientů jejich rodinu i personál zařízení. S tímto tvrzením se do jisté míry shoduje i tvrzení respondentky S., především v kladení důrazu na dostatečnou spolupráci a komunikaci s klienty i s jejich rodinami.

Postupy byly v rámci rozhovorů uváděny různé, nicméně zde často byla vyzdvihována důležitost vhodné a dostatečné komunikace s klienty s jejich rodinami a blízkými osobami a zároveň s personálem sociálního zařízení.

#### **4.4.3 Vzdělání sociálních pracovníků v tématice deprese u seniorů**

V tomto okruhu bylo podstatné zjistit od respondentů informace, které se týkají jejich vzdělání v oblasti deprese u seniorů.

Respondentka L. se v rámci rozhovoru zmiňuje, že absolvovala několik kurzů, které byly zaměřeny na toto téma a že to považuje za velice prospěšné. S prospěšností kurzů a školení souhlasí i respondentka K. a též uvádí, že se školení s touto tematikou zúčastnila ona i ostatní zaměstnanci sociálního zařízení. Tato respondentka přikládá důležitost častému opakování kurzů a školení. Respondent A. má na rozdíl od zmíněných respondentek zcela jiné zkušenosti. V rámci rozhovoru uvedl, že žádné vzdělání, kurz či školení s tematikou deprese u klientů seniorského věku nikdy neabsolvoval a při své

práci tedy postupuje zcela intuitivně. Respondentka M. školení absolvovala, jak dokazuje její tvrzení: *„Ano, byla jsem na školeních, která souvisela s tímto tématem. Školení mi byla prospěšná, naučila jsem se mnoho zajímavých informací a šikovných metod pro práci s klienty.“*. I další z respondentů, tedy sociální pracovnice E., se školení s tímto tématem zúčastnila, ale ačkoli přiznala, že na školení se dozvěděla mnoho důležitých informací týkajících se přístupů ke klientů i metod, považuje za důležitější to, co se naučila sama na základě vlastního pocitu nebo intuice při své práci. Respondentka S. se též zúčastnila školení a uvedla i techniku, kterou se v rámci vzdělávání naučila a hodí se jí při práci s klienty s depresí. Uvádí tedy: *„Ano, několik školení jsem absolvovala. Nejdůležitější je navázání důvěry klienta, bohužel depresí trpí i klienti nemocní demencí a u těch se na deprese často zapomíná a podceňují se. U těchto klientů se mi velice osvědčila Validací technika Naomi Feil, kterou jsem naučila na kurzu“*.

Pět z šesti respondentů tedy uvádí, že absolvovalo vzdělávací kurz či školení týkající se deprese u seniorů a v rámci rozhovorů bylo zřejmé, že většina z nich považuje vzdělání v této oblasti za prospěšné pro jejich práci s klienty a pro zamezení případných problémových situací.

#### **4.4.4. Rizika deprese u seniorů z pohledu sociálních pracovníků**

Tento okruh se zaměřuje na rizika, která podle sociálních pracovníků pramení z deprese u seniorských klientů.

Respondentka L. považuje za největší riziko častější nástup dalších onemocnění, ale i riziko sebevraždy a celkovou ztrátu chuti k životu. Respondentka K. tvrdí: *„Osobně vidím jako hlavní riziko to, že klienti s depresí přestávají jíst, spát, nezvládají fungovat během dne a celkově chřadnou. Hůře se s nimi pracuje, je to náročnější a jejich stav se rychleji zhoršuje.“*. V rozhovoru též uvedla, že zhoršování klientova stavu je v přítomnosti depresivního onemocnění velice rychlé a značné. Další ze sociálních pracovníků, respondent A. bere jako hlavní riziko tohoto onemocnění u klientů jejich rychlé uzavírání do sebe, ztrátu zájmu o jakýkoliv sociální kontakt i o jejich vlastní

potřeby. Respondentka M. se domnívá, že největším a nejzásadnějším rizikem je riziko sebevraždy seniorského klienta, ale zároveň udává, že depresivní onemocnění je častou reakcí na rychle změněné prostředí, tedy nastává mimo jiné v momentě, kdy je klient přestěhován z domova do sociálního zařízení a není na to dostatečně psychicky připraven. Sociální pracovnice, respondentka E. uvádí v rozhovoru: „*Už to беру jako součást stáří, protože se s tím setkávám často. Rizika jsou myšlenky na sebevraždu a celková demotivace v aktivitách. Klienta nic nebaví, nechce spolupracovat, ztrácí zájmy, přestává chodit a ztrácí soběstačnost.*“. Shoduje se tedy ve vnímání problematiky rizika suicidality u klientů s depresí a považuje za závažné riziko postupné nebo i náhlé ztráty soběstačnosti. Respondentka S. vidí, že často dochází k zaměňování deprese a demence, zároveň bere za riziko bagatelizaci a podceňování stavu klienta ze strany pracovníků a též reakci klienta na krizové situace v jeho životě.

Rizika pramenící z deprese u klientů seniorského věku by neměla být podceňována, na čemž se shodovali všichni respondenti.

#### **4.4.5. Prevence deprese u seniorů z pohledu sociálních pracovníků**

Z hlediska předcházení nástupu deprese u klientů seniorského věku respondentka L. uvádí důležitost správné komunikace s klienty, intenzivní práci a individuální práci s klientem a případně postupnou adaptaci na sociální službu a nové prostředí. Respondentka K. považuje za výhodu při prevenci menší počet klientů v sociálním zařízení, což umožňuje individuálnější práci s klienty a také předcházení této nemoci pomocí dostatečného času věnovanému jednotlivým klientům a individuální aktivizaci. Zároveň je podle ní důležitá dostatečná práce s rodinou klientů. Další z respondentů, sociální pracovník A., na rozdíl od ostatních respondentů neví, jakým způsobem se dá předcházet depresivnímu onemocnění u klientů. Respondentka M. tvrdí: „*Ze zkušenosti vím, že by mohla pomoci celková příprava na období stáří, ale i příprava na nástup do zařízení. Možnost získat dostatek informací, seznámit se s prostředím, organizací, pravidly a pracovníky jednotlivého zařízení.*“. Podle ní je tedy podstatný vliv přípravy, ať už na období stáří, tak i na případný nástup do sociálního zařízení. Citlivá motivace,

individuální přístup a spolupráce s psychiatrem nebo psychologem, to jsou možnosti prevence depresivních stavů u seniorských klientů podle respondentky E. Poslední z respondentek, sociální pracovnice S. čerpala ze svých četných zkušeností a uvádí: „*Předcházet depresi se dá dostatečnou úctou a respektem, nebagatelizovat problémy klientů. Někteří se nemohou ze zdravotních důvodů vrátit domů ze sociálního zařízení – nebrat jim naději, zjistit co je pro ně domov a zkusit to zajistit v ústavním zařízení. Často jsem zjistila, že je to úplná maličkost: ráno časopis a kafičko, oblíbený hrneček, obrázek zemřelé manželky atd.. Prevenci deprese mohou představovat i kvalitní služby, dobře vytvořený individuální plán a jeho dobře nastavený cíl.*“.

Krom jednoho respondenta byla respondentkami/sociálními pracovníci opětovně zdůrazňována důležitost individuálního přístupu ke každému klientovi i v rámci prevence depresivního onemocnění a také správná komunikace jak se seniorskými klienty, tak i s jejich rodinami.

#### **4.4.6. Psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory**

V tomto okruhu bylo podstatné zjistit, zda je z pohledu sociálních pracovníků dosavadní psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory dostatečná a zda by případně pomohlo k lepší práci s klienty její navýšení či zefektivnění.

Respondentka L. v rámci rozhovoru vypovídá, že současná psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory rozhodně není dostatečná a dodává: „*Ano. Myslím si, že by navýšení psychologické péče určitě pomohlo jak mně a ostatním sociálním pracovníkům při práci s těmito klienty, tak i klientům samotným. Osobně bych velice uvítala, kdyby náš pracovní tým doplnil psycholog či psychologové.*“.

Jiný pohled na situaci má respondentka K., která pracuje v sociálním zařízení určenému pro menší počet klientů. Odpovídá, že v místě kde pracuje, je podle jejího názoru psychologická péče dostatečná, dále uvádí, že každý klient má svého psychiatra a je sjednaná smlouva s jedním psychiatrem pro celou sociální službu, který je v případě potřeby k dispozici klientům. Navýšení psychologické péče nepovažuje za nutné i vzhledem ke zdravotní situaci klientů. Oproti tomuto názoru uvádí další z respondentů pohled rozdílný.

Respondent A. uvádí, že v sociálním zařízení, ve kterém dělá sociálního pracovníka, není psychologická péče žádná a tím pádem je přesvědčen, že je naprosto nedostatečná. Také je přesvědčen, že by navýšení psychologické péče pomohlo jak seniorským klientům, tak i jemu osobně a všem dalším pracovníkům při práci, zároveň by to mohlo pomoci předcházet některým problematickým situacím, tuto možnost by velice uvítal. Velice obdobný názor má i respondentka M., která vidí, že psychologická péče mnohdy zcela chybí a je nedostatečná. Velice by uvítala navýšení psychologické péče a dle jejího názoru by to pomohlo i klientům. I další z respondentů, sociální pracovnice E. se s tímto názorem ztotožňuje a uvádí: „*Psychologická péče není dostatečná. Někteří klienti mají své psychiatry a psychology, ale v rámci sociálních zařízení poptávka a potřeba po psychologické péči výrazně navyšuje její nabídku. Jsem si jistá, že by navýšení pomohlo. Byla bych ráda, kdyby tak bylo. Sociální pracovníci to při práci s klienty, kteří mají depresi, nemají lehké a toto by mohlo opravdu přispět k zlepšení celé situace.*“. Také uvádí, že jí chybí spolupráce s psychologem v rámci týmu pracovníků v sociálním zařízení. Poslední z respondentů, respondentka S. se taktéž domnívá, že psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory rozhodně není dostatečná a uvádí, že si všimla, že někteří senioři o psychologickou pomoc nestojí, dodává tedy, že tato péče by měla být automatická a nepojmenovaná, aby ji klienti lépe přijímali. Navýšení psychologické péče by uvítala, ale zároveň se jí v praxi osvědčilo, když se co nejvíce zapojili dobrovolníci, kteří se klientům věnovali, což snižovalo výskyt deprese u klientů v sociálním zařízení, ve kterém pracuje. Podle této respondentky se tedy osvědčuje především dostatek času trávený s klienty.

Pět z šesti respondentů odpovědělo, že psychologická péče v sociálních zařízeních není dostatečná a že by s jistotou uvítali její navýšení. Pomohlo by jim to, dle výpovědí, jak při práci s klienty, tak i v rámci konzultace jednotlivých postupů, ale bylo by to prospěšné i pro samotné klienty. Jedna respondentka (respondentka K.) odpovídala rozdílně, ale zároveň uvedla, že její pohled na tuto problematiku souvisí s malým počtem klientů, který sociální službu, ve které pracuje, užívá a k vážnosti jejich zdravotních stavů. Proto mají více času na každého klienta a mohou také mapovat potíže klientů hned po výskytu a reagovat na ně. Ostatní respondenti by podle rozhovorů též uvítali psychologa v rámci pracovních týmů jednotlivých sociálních zařízení.



## 4.5. Diskuze

V rámci průzkumného šetření jsem se věnovala metodě řízených polostrukturovaných rozhovorů. Počet šesti respondentů jsem zvolila za vhodné i z důvodu časově náročného sběru dat i jeho následného zpracovávání, které je součástí této metody. Respondenti vykonávají pozici sociální pracovník/pracovnice na různých pracovištích a v různých sociálních službách.

Depresivní onemocnění u seniorů je vážné téma kupříkladu i kvůli jeho častému výskytu. Uvádí se, že se deprese vyskytuje u 16 až 50 procent seniorů pobývajících v sociálních zařízeních pro seniory.<sup>74</sup> Na základě údajů o četném výskytu depresivního onemocnění u klientů seniorského věku není až tak překvapivé, že v rámci řízených rozhovorů odpovědělo všech šest respondentů, že se již s klientem s depresí setkali během své pracovní činnosti na pozici sociální pracovník/pracovnice.

Výsledky rozhovorů s respondentkami, které pracují v domovech pro seniory, si byly názorově bližší než výsledky ostatních respondentů. Může to být ale také mimo jiné způsobeno a ovlivněno velikostí sociálních zařízení. Jak během svého rozhovoru zmínila i respondentka K., která měla odpovědi mnohdy rozdílné od ostatních respondentů, pracuje v rámci sociální služby, kde je menší počet klientů a proto mají na své klienty více času. Mohou se tedy více zaměřovat na důkladné vypracování individuálních plánů a intenzivně pracovat s klienty i s jejich rodinami. Ostatní respondenti/respondentky pracují v sociálních zařízeních s větším počtem klientů.

Výsledky průzkumu mohlo do jisté míry ovlivnit i aktuální rozpoložení respondentů a mohla mít též vliv kupříkladu únava, přepracování, stres, nedostatek času i špatné zkušenosti s některým z klientů s depresí. Jak již bylo zmíněno, pro pět z šesti respondentů by bylo přínosem, kdyby došlo k navýšení psychologické péče poskytované klientům v sociálních zařízeních pro seniory. Jedná se o pět respondentů z větších sociálních zařízení. Velikost zařízení též může způsobovat, že se čas sociálních pracovníků/pracovnic musí dělit mezi více klientů a práce s klienty s depresí,

---

<sup>74</sup> KANE, Robert L. *Essentials of clinical geriatrics*. 6th ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2009. ISBN 978-0-07-149822-7. Str. 176

která bývá časově i profesionálně náročnější, může představovat pro pracovníky větší pracovní zátěž.

Všichni respondenti si k tomuto průzkumu a k řízeným rozhovorům vyhradili dostatek času i přes své velké pracovní vytížení a tím pádem bylo možné zjistit potřebné informace. Vzhledem k závažnosti tématu Deprese u seniorů bylo však občas nelehké dotazování na některé z otázek, nicméně respondenti reagovali v některých případech i na citlivější dotazy, což dopomohlo k objektivitě průzkumu i k následné interpretaci výsledků.

Zjištěné informace a data z řízených rozhovorů s respondenty odpovídají mým předpokladům i získaným údajům z odborné literatury. Očekávala jsem, že se respondenti s klienty s depresivním onemocněním setkávají ve velké míře, což se následně potvrdilo. Zásadním tématem řízených rozhovorů byla i psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory, zde jsem před provedením průzkumu na základě svých zkušeností očekávala, že sociální pracovníci budou považovat dosavadní poskytování psychologické péče v sociálních zařízeních spíše za nedostatečné. I toto tvrzení se ve většině případů shoduje s výsledky řízených rozhovorů, jak již bylo zmíněno výše. Získané informace z rozhovorů považuji za cenné a to především informace, které se týkají vzdělávání sociálních pracovníků v problematice deprese u seniorů. Považuji za podstatné zjištění, že existují kurzy a školení, které mají sociální pracovníci možnost navštěvovat, rozšiřovat tak své znalosti a zefektivňovat své postupy při práci s klienty s depresí. Osobně depresivní onemocnění u seniorských klientů považuji za častý a závažný problém což toto průzkumné šetření potvrdilo.

## **Závěr**

Sociální pracovníci a pracovnice se s depresí u seniorů setkávají poměrně často, jak ukazují i výsledky polostrukturovaných rozhovorů. Je tedy důležité, aby měli povědomí o problematice deprese, o možnostech postupů i vhodné komunikace použitelné pro práci s těmito klienty. Právě na tato témata se zaměřovala bakalářská práce.

Práce objasňovala podstatné pojmy a věnovala se vymezení této problematiky. Informuje především o pojmech jako je deprese, stáří, stárnutí, sociální práce, deprese u seniorů, komunikace se seniory. Je zde také poukázáno na základní rizikové faktory pro vznik depresivního onemocnění u seniorů, ale též na prožívání člověka, který s klienty trpícími depresí pracuje.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo poukázání na problematiku deprese u seniorských klientů. Domnívám se, že tento cíl byl naplněn především díky použití vhodné odborné literatury a podrobnému zpracování tohoto tématu. Mnohé informace pro mě byly nové a velice přínosné, jako například informace týkající se komunikace s klienty s depresí nebo prožívání sociálních pracovníků. Tyto informace považuji za přínosné i z toho důvodu, že je možné je následně využít v praxi a zefektivnit tak svou práci. Také považuji za důležité informace, které se týkají stárnutí i všeobecných náhledů na toto téma.

Zcela si uvědomuji, že výsledky, ke kterým jsem došla na základě průzkumného šetření nelze považovat za obecně platné vzhledem k nízkému počtu respondentů. Toto téma však považuji za velice závažné a aktuální a domnívám se, že by si zasloužilo další a podrobnější zpracování.

Práce s klienty s depresí nebývá vždy snadná. Správná komunikace a metody sociálních pracovníků, stejně jako individuální přístup, o kterém se v průběhu textu mnohokrát zmiňuji, však může dopomoci k zefektivnění práce a je velikým přínosem jak pro sociálního pracovníka, tak i pro samotného klienta. Zároveň je podstatné, aby pracovník znal a dodržoval profesionální hranice, nejednal na základě předsudků či mýtů, nebyl ovlivněn fenoménem ageismu a především nebral samotné stáří jako nemoc. Stáří přeci není nemoc, naopak se jedná o naprosto přirozenou etapu života člověka.

## Seznam použité literatury

### Prameny:

GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: spirituální impulzy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0862-4.

GOTT, Merryn, INGLETON, Christine. *Living with ageing and dying: palliative and end of life care for older people*. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-956993-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KANE, Robert L. *Essentials of clinical geriatrics*. 6th ed. New York: McGraw-Hill Medical, c2009. ISBN 978-0-07-149822-7.

KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

## Přílohy

### Řízené rozhovory

**Téma:** Deprese u seniorů z pohledu sociální práce

**Respondenti:** Sociální pracovníci/pracovnice, pracující se seniory

**Metoda:** Řízené polostrukturované rozhovory

Respondent č. 1 – Sociální pracovnice L.

#### 1) Jaká je náplň Vaší práce?

*Základní náplní mé práce je kontakt a komunikace s klienty domova pro seniory, věnuji se také vypracování veškeré administrativy, která se týká klientů našeho sociálního zařízení, tedy například smluv, individuálního plánu atd. Komunikuji také s rodinnými příslušníky klientů a s institucemi.*

#### 2) Setkáváte se v rámci své práce se seniorskými klienty s depresí? Pokud ano, v jaké míře?

*Ano, setkávám. S klienty trpící depresí se setkávám v rámci mé práce každý den.*

#### 3) Víte jak postupovat při práci s klientem s depresí?

*Myslím, že ano. Nejlepší je být s těmito klienty v co nejčastějším kontaktu, hovořit s nimi otevřeně a motivovat je. A snažit se, aby ve mně měli dostatečnou důvěru.*

#### 4) Absolvoval/absolvovala jste během svého působení na pozici sociálního pracovníka/pracovnice nějaký kurz/školení či zacvičení, které by se týkalo problematiky deprese u seniorů? Popřípadě, jakým způsobem jste se naučil/naučila pracovat s touto skupinou klientů?

*Ano, během své práce se seniory jsem absolvovala několik kurzů/školení s tímto zaměřením. Na tato témata existuje mnoho školení, což je prospěšné.*

#### 5) Je pro Vás obtížné pracovat s klienty s depresí?

*Jak kdy, vždy záleží na mém aktuálním osobním rozpoložení a na jednotlivém klientovi. V některých situacích je to obtížné, v jiných to zvládám dobře.*

- 6) Jak vnímáte problematiku deprese u seniorů, jaká jsou podle Vás její rizika?**  
*Jedná se o vážnou problematiku. Za rizika považuji častější nástup dalších onemocnění. Zvyšující se riziko sebevraždy. A také ztrátu chuti k životu.*
- 7) Víte, jak tomuto problému předcházet/zamezit?**  
*Myslím, že je důležité klientovi pomoci s postupnou adaptací na nové prostředí sociálního zařízení i na všechny zaměstnance. Intenzivně s ním pracovat a správně komunikovat.*
- 8) Co by Vám dle vašeho názoru mohlo pomoci při práci se seniory trpícími depresí?**  
*Určitě by pomohla komplexnější péče. Lépe a dostatečně vyškolený personál a rozhodně i péče psychiatra a psychologa.*
- 9) Myslíte si, že je dosavadní psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory dostatečná?**  
*Rozhodně není dostatečná. Například u nás v domově pro seniory na velké množství klientů připadá jen jeden lékař, který se touto problematikou zabývá, což nestačí.*
- 10) Myslíte si, že by Vám při vaší práci s klienty pomohlo navýšení či zintenzivnění psychologické péče poskytované klientům?**  
*Ano. Myslím si, že by navýšení psychologické péče určitě pomohlo jak mně a ostatním sociálním pracovníkům při práci s těmito klienty, tak i klientům samotným. Osobně bych velice uvítala, kdyby náš pracovní tým doplnil psycholog či psychologové.*

Respondent č. 2 – Sociální pracovnice K.

**1) Jaká je náplň Vaší práce?**

*Jsem zde vedoucí sociální pracovnice v Domově se zvláštním režimem a v denním stacionáři pro seniory. Zastupuji vedoucí sociálního zařízení v její nepřítomnosti. Zpracovávám a zodpovídám za celou dokumentaci a podávám základní informace zájemcům. Jednám se žadateli, klienty, rodinami klientů, vykonávám sociální šetření. Vedu pracovníky v přímé péči v oblasti individuálního plánování, hodnotím zaměstnance a vedu klientské porady.*

**2) Setkáváte se v rámci své práce se seniorskými klienty s depresí? Pokud ano, v jaké míře?**

*Ano, vzhledem k vážnosti onemocnění klientů se s klienty s depresí setkávám běžně.*

**3) Víte jak postupovat při práci s klientem s depresí?**

*Doufám, že ano. Výhodou při práci s těmito klienty je individuální péče, znát vždy individuální životní biografii klientů, díky čemuž lze předcházet nepříjemným situacím.*

*Snažím se mít vždy podrobné informace a čerpat ze zkušeností, k tomu také pomáhá dotazník pro rodiny a pečující, který mám vypracovaný ve složce každého klienta. Je důležité se snažit depresi u klientů předcházet a snažit se udržet klienty v psychické i celkové pohodě.*

- 4) Absolvoval/absolvovala jste během svého působení na pozici sociálního pracovníka/pracovnice nějaký kurz/školením či zacvičení, které by se týkalo problematiky deprese u seniorů? Popřípadě, jakým způsobem jste se naučil/naučila pracovat s touto skupinou klientů?**

*Ano, absolvovala jsem jich více. Takových školení jsem se účastnila já i naši zaměstnanci. Bylo to vždy prospěšné. Důležité je chodit na tato školení a kurzy pravidelně a podporovat ve vzdělanosti v těchto tématech i ostatní pracovníky/zaměstnance.*

- 5) Je pro Vás obtížné pracovat s klienty s depresí?**

*Není to pro mě tak tak obtížné. Pomohlo mi vzdělání i dostatečné množství informací o klientovi a samozřejmě co nejvíce individuální práce. Občas ale není snadné se s některými těžkými situacemi při práci s klienty s depresí vyrovnat. Obtížné je to pro některé kolegy. Je to hodně o osobním přístupu, ale rozhodně je práce s těmito klienty náročnější.*

- 6) Jak vnímáte problematiku deprese u seniorů, jaká jsou podle Vás její rizika?**

*Osobně vidím jako hlavní problém to, že klienti s depresí přestávají jíst, spát, nezvládají fungovat během dne a celkově chřadnou. Hůře se s nimi pracuje, je to náročnější a jejich stav se rychleji zhoršuje.*

- 7) Víte, jak tomuto problému předcházet/zamezit?**

*Je to individuální. U nás je výhodou menší počet klientů, tak se můžeme klientům více věnovat, což pomáhá. Snažíme se depresi včas rozpoznat a řešit. Také jí předcházet například prací s rodinou, individuální aktivizací a dostatkem času věnovanému klientům.*

- 8) Co by Vám dle vašeho názoru mohlo pomoci při práci se seniory trpícími depresí?**

*Důsledné proškolení, vzdělávání, sdílení zkušeností. Supervize, kazuistické semináře, časté klientské porady. Dodržování metodiky. Kontakt s rodinou. Mapování změn i zlepšení.*

- 9) Myslíte si, že je dosavadní psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory dostatečná?**



*V našem zařízení ano. Každý klient má svého psychiatra a zároveň máme smlouvu s jedním psychiatrem pro celý Domov. Vzhledem k závažnosti onemocnění a aktuálnímu stavu klientů nám to takto stačí. Psychologa zde nemáme.*

**10) Myslíte si, že by Vám při vaší práci s klienty pomohlo navýšení či zintenzivnění psychologické péče poskytované klientům?**

*Myslím že ne. Snažíme se mapovat potíže klientů a hned po jejich zjištění na ně reagovat. Jsme v dostatečném kontaktu s psychiatrem.*

**Respondent č. 3 – Sociální pracovník A.**

**1) Jaká je náplň Vaší práce?**

*Pracuji jako sociální pracovník na odlehčující službě. Věnuji se práci s dokumentací a administrativě, ale i přímé práci se seniory. Jednám také s rodinami klientů.*

**2) Setkáváte se v rámci své práce se seniorskými klienty s depresí? Pokud ano, v jaké míře?**

*Myslím, že ano, ale diagnózy všech klientů příliš neznám. Občas se ale setkávám s klienty, kteří jeví známky deprese. .*

**3) Víte jak postupovat při práci s klientem s depresí?**

*Přiznám se, že občas nevím, jak s klienty s depresí a v některých takových obtížných situacích postupovat. Nemám pro to žádný typický postup, ani žádný takový neznám.*

**4) Absolvoval/absolvovala jste během svého působení na pozici sociálního pracovníka/pracovnice nějaký kurz/školením či zacvičení, které by se týkalo problematiky deprese u seniorů? Popřípadě, jakým způsobem jste se naučil/naučila pracovat s touto skupinou klientů?**

*Ne, žádného kurzu ani školení jsem se zatím nezúčastnil. Při práci se seniorskými klienty jednám vždy intuitivně a snažím se vhodně komunikovat.*

**5) Je pro Vás obtížné pracovat s klienty s depresí?**

*Je to pro mě určitě mnohem obtížnější, než práce s klienty, kteří tímto onemocněním netrpí.*

**6) Jak vnímáte problematiku deprese u seniorů, jaká jsou podle Vás její rizika?**

*Jako hlavní rizika považuji to, že se klienti stáhnou a uzavrou do sebe, ztratí postupně zájem o veškerý sociální kontakt a také méně pečují o sebe a své osobní potřeby.*

**7) Víte, jak tomuto problému předcházet/zamezit?**

*Popravdě řečeno nevím, jak tomuto problému předcházet nebo zamezit.*

**8) Co by Vám dle vašeho názoru mohlo pomoci při práci se seniory trpícími depresí?**

*Pomohla by péče psychologa, psychiatra. Vhodná medikace. A také dostatečně proškolené sestry, pečovatelé a ostatní zaměstnanci.*

**9) Myslíte si, že je dosavadní psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory dostatečná?**

*Psychologická péče například v zařízení, ve které pracuji, není žádná. Jsem tedy přesvědčen, že není v žádném případě dostatečná.*

**10) Myslíte si, že by Vám při vaší práci s klienty pomohlo navýšení či zintenzivnění psychologické péče poskytované klientům?**

*Zcela určitě by to pomohlo. Jsem o tom přesvědčen a uvítal bych to. Psychologická pomoc klientům by mou práci zlepšila, pomohla seniorům a mohla by zamezit některým obtížným situacím.*

Respondent č. 4 – Sociální pracovnice M.

**1) Jaká je náplň Vaší práce?**

*Věnuji se hlavně práci na oddělení žádostí. Jednám se zájemci, s následnými žadateli i s jejich rodinami. Dělán sociální šetření před nástupem seniorských klientů do našeho zařízení sociálních služeb.*

**2) Setkáváte se v rámci své práce se seniorskými klienty s depresí? Pokud ano, v jaké míře?**

*Ano, setkávám se s těmito klienty velice četně.*

**3) Víte jak postupovat při práci s klientem s depresí?**

*Ano, většinou vím jak postupovat. Zaměřuji se na správnou formu komunikace a na některé metody, které jsem se naučila.*

**4) Absolvoval/absolvovala jste během svého působení na pozici sociálního pracovníka/pracovnice nějaký kurz/školením či zacvičení, které by se týkalo problematiky deprese u seniorů? Popřípadě, jakým způsobem jste se naučil/naučila pracovat s touto skupinou klientů?**

*Ano, byla jsem na školeních, která souvisela s tímto tématem. Školení mi byla prospěšná, naučila jsem se mnoho zajímavých informací a šikovných metod pro práci s klienty.*

**5) Je pro Vás obtížné pracovat s klienty s depresí?**

*Příliš ne. Práce sociálního pracovníka je celkově náročná, ale zrovna práci s klienty s depresí zvládám podle mého názoru celkem dobře.*

**6) Jak vnímáte problematiku deprese u seniorů, jaká jsou podle Vás její rizika?**

*Podle mého názoru je deprese poměrně přirozeným rozpoložením a reakcí na změněné podmínky, tím myslím seniory, kteří jsou nuceni zásadně změnit prostředí, kde žijí a z domova se stěhují do zařízení. Nejzávažnějším rizikem je riziko sebevraždy.*

**7) Víte, jak tomuto problému předcházet/zamezit?**

*Ze zkušenosti vím, že by mohla pomoci celková příprava na období stáří, ale i příprava na nástup do zařízení. Možnost získat dostatek informací, seznámit se s prostředím, organizací, pravidly a pracovníky jednotlivého zařízení.*

**8) Co by Vám dle vašeho názoru mohlo pomoci při práci se seniory trpícími depresí?**

*Pomohla by podpora psychologa, terapie seniorských klientů a častější odborná školení na toto téma.*

**9) Myslíte si, že je dosavadní psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory dostatečná?**

*Není dostatečná. Psychologická péče i konzultace mnohdy chybí a považuji to za problém.*

**10) Myslíte si, že by Vám při vaší práci s klienty pomohlo navýšení či zintenzivnění psychologické péče poskytované klientům?**

*Rozhodně bych to uvítala a myslím, že klienti také.*

**1) Jaká je náplň Vaší práce?**

*Přímý kontakt a práce s klienty. Kontakt s rodinami seniorských klientů. Spolupráce a komunikace s potřebnými úřady a s organizacemi.*

**2) Setkáváte se v rámci své práce se seniorskými klienty s depresí? Pokud ano, v jaké míře?**

*Ano, setkávám. S klienty s depresí se setkávám poměrně často, většinou denně.*

**3) Víte jak postupovat při práci s klientem s depresí?**

*Záleží na situaci. Snažím se klienty motivovat. Uvědomovat o aktuální situaci rodinu i personál. Komunikovat s nimi.*

**4) Absolvoval/absolvovala jste během svého působení na pozici sociálního pracovníka/pracovnice nějaký kurz/školením či zacvičení, které by se týkalo problematiky deprese u seniorů? Popřípadě, jakým způsobem jste se naučil/naučila pracovat s touto skupinou klientů?**

*Ano, absolvovala jsem školení a dozvěděla jsem se důležité informace, týkající se přístupu ke klientovi s depresí, ale to nejpodstatnější jsem se naučila sama na základě vlastního pocitu a intuice při práci.*

**5) Je pro Vás obtížné pracovat s klienty s depresí?**

*Ano, občas to je náročné a vyčerpávající. Především pokud klient s depresí nekomunikuje a nechce nebo nemůže spolupracovat.*

**6) Jak vnímáte problematiku deprese u seniorů, jaká jsou podle Vás její rizika?**

*Už to беру jako součást stárí, protože se tím setkávám často. Rizika jsou myšlenky na sebevraždu a celková demotivace v aktivitách. Klienta nic nebaví, nechce spolupracovat, ztrácí zájmy, přestává chodit a ztrácí soběstačnost.*

**7) Víte, jak tomuto problému předcházet/zamezit?**

*Pomáhá citlivá motivace, což ale nejde u všech klientů. Je to individuální, ale pomáhá spolupráce s psychologem a psychiatrem.*

**8) Co by Vám dle vašeho názoru mohlo pomoci při práci se seniory trpícími depresí?**

*Lepší a častější spolupráce s psychologickými pracovníky, jsem o tom přesvědčena, chybí mi taková spolupráce v rámci pracovního týmu.*

**9) Myslíte si, že je dosavadní psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory dostatečná?**

*Není dostatečná. Někteří klienti mají své psychiatry a psychology, ale v rámci sociálních zařízení poptávka a potřeba po psychologické péči výrazně navyšuje její nabídku.*

**10) Myslíte si, že by Vám při vaší práci s klienty pomohlo navýšení či zintenzivnění psychologické péče poskytované klientům?**

*Jsem si jistá, že by to pomohlo. Byla bych ráda, kdyby tak bylo. Sociální pracovníci to při práci s klienty, kteří mají depresi, nemají lehké a toto by mohlo opravdu přispět k zlepšení celé situace.*

Respondent č. 6 – Sociální pracovnice S.

**1) Jaká je náplň Vaší práce?**

*Jednání se zájemcem o služby, uzavírání smluv jednání s úřady v případě kognitivních potíží (zastupování obce při podpisu smlouvy, vyřizování PnP, PnB...), individuální plánování služby s klientem, v případě potřeby vyřízení následných žádostí do trvalého zařízení DZR, komunikace s příbuznými, prodloužení smlouvy, ukončení smlouvy, v případě smrti klienta vyřízení pozůstalosti. Vzdělávat se, vzdělávat celý tým v IP a vedení porad nad IP*

**2) Setkáváte se v rámci své práce se seniorskými klienty s depresí? Pokud ano, v jaké míře?**

*Ano, setkávám se s nimi. Nedá se tomu vyhnout, seniory s depresí potkávám denně.*

**3) Víte jak postupovat při práci s klientem s depresí?**

*Domnívám se, že ano, ale je to náročná práce s celým týmem a s rodinou.*

**4) Absolvoval/absolvovala jste během svého působení na pozici sociálního pracovníka/pracovnice nějaký kurz/školením či zacvičení, které by se týkalo problematiky deprese u seniorů? Popřípadě, jakým způsobem jste se naučil/naučila pracovat s touto skupinou klientů?**

*Ano, několik. Nejdůležitější je navázání důvěry klienta, bohužel depresi trpí i klienti nemocný demencí a u těch se na deprese často zapomíná a podceňují se. U těchto klientů se mi velice osvědčila Validáční technika Naomi Feil.*

**5) Je pro Vás obtížné pracovat s klienty s depresí?**

*Ano, ale má to smysl, jsem odpůrce medikace.*

**6) Jak vnímáte problematiku deprese u seniorů, jaká jsou podle Vás její rizika?**

*Časté zaměňování s demencí.*

*Největší riziko je podceňování, „když přežili válku tak smrt 90 letého manžela nic není“. Seniorům v ústavní péči se nedostává dostatečné úcty. Na toto jsem vždy v našem zařízení dbala a pracovnice, kterým toto nebylo vlastní, u nás nemohly pracovat. I v 97 letech je to paní inženýrka, pan docent...a u oslovení to jen začíná*

**7) Víte, jak tomuto problému předcházet/zamezit?**

*Předcházet depresi se dá dostatečnou úctou a respektem, nebagatelizovat problémy klientů. Někteří se nemohou ze zdravotních důvodů vrátit domů ze sociálního zařízení – nebrat jim naději, zjistit co je pro ně domov a zkusit to zajistit v ústavním zařízení. Často jsem zjistila, že je to úplná maličkost: ráno časopis a kafičko, oblíbený hrneček, obrázek zemřelé manželky....Prevenci deprese mohou představovat i kvalitní služby, dobře vytvořený individuální plán a jeho dobře nastavený cíl.*

**8) Co by Vám dle vašeho názoru mohlo pomoci při práci se seniory trpícími depresí?**

*Více empatických kolegů, kteří nechodí jen do práce, ale přemýšlí o tom co, proč a jak dělají. Nevidí jen klienta, ale ČLOVĚKA s minulostí a budoucností.*

**9) Myslíte si, že je dosavadní psychologická péče v sociálních zařízeních pro seniory dostatečná?**

*V žádném případě, ale také se domnívám, že senioři o psychology, psychiatry nestojí. Domnívají se, že pokud by je potřebovali, dochází k jejich selhání. Tato péče musí být automatická a nepojmenovaná.*

*Setkala jsem se v LDN zařízení s informací od zdravotní sestry před dalšími 6 pacienty, „ Zítra za Vámi přijde psycholog... “ Pacientka do druhého dne zemřela, možná je to jen náhoda, nebo ne?*

**10) Myslíte si, že by Vám při vaší práci s klienty pomohlo navýšení či zintenzivnění psychologické péče poskytované klientům?**

*Ano, pomohlo by to. V našem zařízení jsem zaznamenala menší výskyt deprese při intenzivní práci s dobrovolníky – přinesly tam „nový vítr“ – chodí tam rádi a dobrovolně. Psycholožku jsem za dobu 4 let využila jednou a to ještě spíš jako mediátora s rodinou.*

## **Summary**

Depressive illness is a frequent and serious problem especially when it comes to seniors. For social workers it is very important to have an insight into this issue. This bachelor thesis defines concepts of aging, old age, depression and social work with seniors with depression. Social work with depressed seniors is not always easy, so it is very important for social workers to know some of the methods and techniques. They should also know the right form of communication with these clients. It can help them to more efficient work and it is beneficial for their work and also for senior clients. The work with depressive seniors clients should be as individual as possible. A social worker should respect the limits, work without prejudice and avoid ageism. It is also very important that the social worker does not regard age as a disease. Old age is not a disease but just a common part of life. If a social worker accepts this fact, their work can be easier.